L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

Châteauroux. — Imp. et Stér. A. MAJESTÉ ET L. BOUCHARDEAU. A MELLOTTÉE, Succr

20e Année. 2e Série. Vol. X.

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1881 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

TOME XXIII
1er semestre 1900

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS

20e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1900 IIe SÉRIE. VOL. X



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

L'AURIFICATION

Rapport présenté à la Société d'Odontologie de Paris

PAR MM. RICHARD-CHAUVIN, professeur, et Dr PONT, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris

(*Séance du 7 novembre 1899.*)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

De toutes les substances employées en art dentaire pour l'obturation des cavités, aucune ne mérite autant que l'or de fixer l'attention du praticien.

Quelles que soient les objections souvent justifiées que l'on ait formulées contre son emploi, il n'est pas d'autre substance, à notre avis, réunissant autant qu'elle la plus grande somme d'avantages possibles.

L'or s'adapte très exactement aux parois et aux bords de la cavité, lorsque l'opération a été bien conduite.

Les changements moléculaires qui se produisent dans la masse obturatrice sont à peu près nuls.

Il résiste mieux que toute autre matière aux chocs articulaires, aux traumatismes en général.

Les liquides bucaux et le temps n'ont aucune action sur lui.

Si sa couleur manque d'esthétique, quand on l'emploie

pour restaurer des parties accessibles à la vue, il a le grand avantage de ne pas colorer les dents par transparence comme l'amalgame.

L'aurification réunit un ensemble de qualités moyennes : adaptation aux parois, malléabilité, couleur, et de qualités supérieures : dureté, résistance, impénétrabilité, qui en font la substance de choix pour l'obturation des dents.

Le tableau ci-contre met en lumière les avantages et les inconvénients comparés des diverses substances employées en dentisterie opératoire pour l'obturation des cavités dentaires.

Or.

Qualités	Inconvénients
Juxtaposition parfaite, sans adhérence aux parois des cavités.	Couleur défectueuse de la substance elle-même.
Stabilité moléculaire, résistance, dureté, impénétrabilité.	Conductibilité.
Ne colore pas ou rarement et très peu la dent par transparence.	Longueur d'exécution.
Durée illimitée.	

Ciments dentaires et guttas.

Qualités	Inconvénients
Adhérence aux parois des cavités.	Désagrégation plus ou moins rapide par action mécanique et action chimique.
Coloration par transparence parfaite.	Substances plutôt provisoires.
Couleur se rapprochant de la normale.	
Non-conductibilité.	
Rapidité d'exécution.	

Amalgame.

Qualités	Inconvénients
Résistance parfaite aux traumatismes.	Instabilité moléculaire.
Désagrégation nulle.	Coloration défectueuse.
Rapidité d'exécution.	— par transparence.
	— directe.
	Action de désagrégation du mercure sur l'émail, qu'il rend plus fragile.

Substances parfaitement esthétiques : Emaux fusibles. — Verre fondu.

Avantages	Inconvénients
Couleur parfaite.	Résistance très relative aux chocs.
Adhérence de l'obturation grâce au scellement par le ciment.	Désagrégation chimique plus ou moins rapide.
Non-conductibilité.	Dangers de fracture, de détachement du fragment.
	Difficulté de nivellement vers les parties cervicales.
	Insécurité relative.

Fragments de dents naturelles.

Avantages		Inconvén.	
Avantages	Couleur parfaite à tous égards. Adhérence aux parois grâce au scellement par le ciment. Non-conductibilité.	Inconvén.	Résistance relative aux chocs. Danger d'altérations, de détachement du fragment. Insécurité relative.

On peut établir deux grandes divisions correspondant à deux méthodes dissemblables au point de vue des aurifications:

1° L'or adhésif, avec deux subdivisions : 1° obturations mixtes de différentes préparations d'or adhésif, ors éponges, cristallisés, avec l'or en feuilles également adhésif ; 2° amalgame et or adhésif.

2° L'or non adhésif ou or mou avec une subdivision procédant des deux méthodes : obturations mixtes d'or mou et d'or adhésif.

L'or adhésif se présente sous un grand nombre de formes :

1° L'or en feuilles est celui qui offre les plus grandes qualités de résistance et de durée ; c'est la forme classique.

2° Les cylindres de diverses marques : White, Williams, etc., qui sont des feuilles préparées à l'avance.

3° Les ors éponges de Trey, de Genève, etc., et les ors cristallisés, qui présentent au plus haut degré des qualités adhésives.

En principe, l'or pur est d'autant plus adhésif que ses molécules sont plus distantes et les espaces intermoléculaires plus considérables, par conséquent. L'or adhésif se durcit sous la pression et le durcissement commence immédiatement au contact des instruments ; il s'ensuit que pour condenser les ors les plus adhésifs, ors éponges ou cristallisés, une pression plus considérable sera nécessaire pour obtenir la même densité qu'avec l'or en feuilles ; que, par contre, la chute de morceaux d'or condensés superficiellement sera plus fréquente avec l'or en feuilles qu'avec les ors éponges.

Somme toute on peut poser en principe que plus l'or est

adhésif, moins il est dense et impénétrable et qu'il faut plus d'attention pour parer à ces inconvénients.

L'or éponge se brise facilement ; il est par ce fait d'une adaptation plus difficile aux bords des cavités. Il faut considérer toutefois que cet or peut rendre des services signalés pour faciliter la rétention en l'employant pour les fonds. Dans ce cas, il est utile de le fouler énergiquement afin de lui donner son maximum de densité pour éviter l'affaissement de la masse.

L'or mou se présente sous la forme unique de feuilles de différentes épaisseurs, correspondant à une échelle numérique ; les plus employées sont le n° 4 d'abord et le n° 5 ensuite. Ces feuilles, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus denses que les feuilles d'or adhésif et, contrairement à ces dernières, ne font pas entendre, lorsqu'on les froisse, cette crépitation particulière qui rappelle le bruit de l'étain.

Une aurification à l'or mou condensée à son maximum doit présenter une densité aussi grande, sinon plus grande qu'une aurification à l'or adhésif et une égale impénétrabilité.

Il est probable qu'à une certaine époque on a pu trouver dans le commerce un or non cohésif qui, à l'état de pureté, ne pouvait devenir cohésif même par le recuit. C'est là du moins une affirmation qui est reproduite dans divers auteurs. Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, l'or non cohésif, tel que nous le vendent les fournisseurs, peut toujours devenir plus ou moins cohésif par le recuit. Il ne faudrait pas en conclure que les deux ors peuvent se remplacer mutuellement ; d'une part l'or non cohésif n'acquiert que très relativement les qualités adhésives ; d'autre part l'or cohésif ne possède en aucune façon les qualités spéciales de mollesse et de malléabilité qu'on recherche dans l'or non cohésif. Celui-ci mérite donc bien le nom d'or mou, quoi qu'en dise Andrieu, et cette dénomination doit être conservée. Les propriétés spéciales de l'or mou sont-elles dues à un secret de fabrication ? Nous l'ignorons. Quoi qu'il en soit, elles existent et nous devons nous contenter d'enregistrer le fait.

Indications et contre-indications de l'aurification.

Elles doivent être tirées de l'examen de la dent et de l'état général du patient.

Dent. — Nous ne parlerons pas de l'aurification des dents temporaires, car en l'espèce il n'y a pas de raison pour faire une obturation aussi parfaite et aussi durable. Nous devons dire quelques mots cependant sur l'aurification des dents permanentes des enfants. Certains ne font jamais d'aurification dans de pareils cas ; ils invoquent à l'appui de leur thèse des arguments plus ou moins bien définis qui, le plus souvent, sont de simples vues de l'esprit et ne reposent sur aucune preuve scientifique.

La dentine bénéficie d'une augmentation constante de densité par le fonctionnement des cellules odontoblastes. L'hyperdentification ou production de dentine secondaire est toujours sous la dépendance d'une irritation des fibrilles dentinaires transmise à la pulpe. Nous pensons qu'aucune raison ne milite en faveur de la production artificielle de cette irritation comme moyen thérapeutique, pour des motifs que l'un de nous a longuement développés dans de récentes communications. L'or étant bon conducteur des impressions thermiques,il s'ensuit qu'on pourrait considérer son contact direct avec la dentine comme de nature à provoquer des troubles fonctionnels dans la pulpe dentaire, avec l'hyperdentification, comme conséquence. C'est la seule objection sérieuse, selon nous, qu'on aurait pu invoquer contre lui ; c'est la seule que nous n'ayions jamais vu formuler.

En prenant certaines précautions faciles, lorsqu'on craint l'irritation produite par la conductibilité du métal, aucune raison n'empêche d'aurifier les dents permanentes des sujets jeunes.

On a dit qu'il ne fallait jamais aurifier les dents de mauvaise qualité, blanches et crayeuses. Ceci est vrai à condition d'ajouter que de pareilles dents ne se rencontrent pas fréquemment et que, même dans ces cas, on peut faire un

or mou si l'on arrive à obtenir des bords nets et résistants. Il arrive parfois aussi qu'on ne fait pas d'aurification parce qu'on croit que la dentine n'est pas assez résistante. C'est là une raison. Encore ne faut-il pas prendre pour un défaut de texture une lésion d'ordre anatomo-pathologique ; dans ces cas-là il faut enlever toute la dentine ramollie qui ne crie pas sous l'instrument et l'on arrive bientôt sur des couches de dentine saine, résistante et normale. A ce propos, disons encore que certains opérateurs, dans une carie qu'ils qualifient de deuxième degré avancé, laissent toujours une couche de dentine ramollie, de crainte d'ouvrir la chambre pulpaire. C'est là, à notre avis, une mauvaise méthode, qui doit être formellement rejetée. Il faut toujours, aveuglément pour ainsi dire, enlever toute la dentine malade et si, en opérant de la sorte, on arrive sur la pulpe, c'est parce qu'on était en présence d'un troisième degré et non d'un deuxième avancé.

En laissant dans le fond de la cavité cette couche de dentine malade, infectée, on peut avoir toute espèce de mécomptes. D'abord la pulpe est le plus ordinairement malade, elle aussi ; la pulpite qui accompagne fréquemment l'obturation de caries profondes insuffisamment préparées en est une preuve. Si, au contraire, la pulpe n'était pas atteinte et si en réalité on se trouvait bien en présence d'un deuxième degré avancé, la méthode serait encore plus condamnable, car il y aurait beaucoup de chances pour que la carie, continuant à évoluer, vînt infecter une pulpe saine jusqu'alors.

En résumé, pas d'obturation sans résection complète et totale des parties malades ; mais, quel qu'il soit, le degré de la carie n'est pas essentiellement une contre-indication pour l'aurification.

En revanche il faut éviter l'aurification dans les dents trop excavées, ne présentant pas une résistance suffisante des parois pour faire présager une longue durée de l'obturation.

Au point de vue de l'esthétique, la clientèle française est réfractaire à l'emploi de l'or pour l'obturation des cavités

accessibles à la vue. Ici nous sommes bien obligés d'employer d'autres substances obturatrices.

Il arrive cependant que les dents antérieures présentent sur leurs faces mésiales ou distales des cavités de forme ovalaire qui n'ont pas pris une importance telle que la solidité des parois soit compromise, et aussi que ces cavités interstitielles sont assez bien dissimulées par la contiguïté des dents pour que l'aurification soit possible sans heurter les sentiments d'esthétique du patient. C'est là, selon nous, une indication formelle en sa faveur.

Somme toute, quel que soit le degré de la carie, l'aurification est indiquée d'une façon générale lorsque le corps de la dent, ses bords, ses parois sont suffisamment résistants pour assurer le succès de l'opération.

Elle l'est également pour les dents antérieures lorsque l'obturation est interstitielle et se dissimule grâce à la contiguïté des dents.

Elle est contre-indiquée lorsque le corps et les parois de la cavité n'offrent pas une solidité suffisante pour résister à la pression ou aux chocs que nécessite l'opération et enfin pour les raisons d'esthétique développées plus haut.

Patient. — L'âge, la constitution et la nervosité du patient peuvent être des contre-indications pour les aurifications de longue durée.

Il est, en effet, difficile d'obtenir d'un malade faible ou nerveux qu'il garde pendant longtemps les positions souvent fatigantes exigées pour la bonne conduite de l'opération ; le choc du maillet agit aussi défavorablement sur les patients de cette catégorie.

En pareil cas l'aurification est contre-indiquée ; toutefois il faut faire des réserves. Nous verrons au chapitre de l'or mou que celui-ci peut toujours être employé dans les meilleures conditions si la cavité se prête à l'opération.

OR ADHÉSIF

CAVITÉS. — RÉTENTION

Les cavités pour l'or adhésif, sans nécessiter une solidité de parois aussi grande que pour l'or mou, doivent cependant offrir une certaine résistance. Les bords surtout doivent être préparés de manière à donner une impression de netteté parfaite, ne présenter aucune irrégularité, aucune trace d'émail friable ou crayeux.

La rétention doit être considérée à deux points de vue essentiellement différents, quoique pouvant se confondre parfois :

1° La rétention des premiers morceaux destinés à asseoir la construction.

2° La rétention de la masse considérée dans son ensemble.

Rétention des premiers morceaux.

Elle peut être assurée de plusieurs façons différentes :

1° Par des pertuis creusés avec le foret à la profondeur d'un millimètre environ. Deux suffisent généralement : l'un près de la paroi externe, l'autre près de la paroi interne. Les trous étant remplis doivent être reliés entre eux de manière à former une base favorable à la continuation de l'opération.

2° Par une tranchée creusée à la partie cervicale courant de la partie interne vers l'externe et descendant légèrement le long des deux parois interne et externe. Ce mode est de beaucoup préférable, il concourt à assurer la rétention de la masse prise dans son ensemble.

3° Par de minuscules excavations creusées avec une fraise-roue du plus petit diamètre. Ces cavités doivent être faites de manière à présenter un diamètre plus grand à l'intérieur qu'à l'orifice. Cette méthode est parfois utile dans les caries du second degré. Les trous de rétention sont absolument inutiles vers la partie libre de la dent, car

ils ne peuvent concourir en aucune façon à la rétention de la masse totale de l'or et ne sauraient être utilisés pour commencer la construction.

Rétention de la masse totale.

La puissance de la rétention doit être proportionnée :

a) Au poids de la masse à retenir et surtout à son extériorité.

b) Aux chocs articulaires qu'elle est appelée à supporter.

c) A la direction qu'affectent les bords latéraux d'une dent comportant la reconstitution.

Cavités simples.

Nous appellerons cavités simples celles qui ne nécessitent pas de reconstruction, celles entre les parois desquelles l'obturation se trouve inscrite entièrement.

Ce sont :

1° Les cavités ayant un seul orifice.

a) Faces triturantes.

b) Faces latérales sans ouverture labiale ou linguale.

2° Les cavités ayant un orifice sur une face latérale et un autre sur la face triturante, dont les bords sont perpendiculaires au plan masticateur et parallèles entre eux.

Il est inutile, quand on envisage ce genre de cavités, de se préoccuper du poids de la masse à retenir. En l'espèce il ne joue aucun rôle, puisque la totalité de l'obturation est inscrite entre les parois restantes. Il suffira d'assurer la rétention des premiers morceaux d'or et de donner à la cavité une forme qui s'oppose à la sortie de la masse obturatrice.

Cavités compliquées.

Par opposition aux cavités décrites ci-dessus nous appellerons caries compliquées celles qui, ayant détruit une partie des parois latérales de la dent, laissent à celles-ci la forme d'un cône tronqué et qui nécessitent par conséquent une reconstitution plus ou moins considérable. Pour ce genre de cavités il est de la plus grande importance d'observer les règles que nous avons données en ce qui concerne la rétention de la masse obturatrice.

En principe, quand il s'agit de reconstitution, pour que l'obturation résiste aux efforts de la mastication, la rétention doit être assurée à la partie libre de la dent par un crochet en retrait à peu près égal en profondeur à l'extériorité que présentera l'aurification terminée.

En outre, si la masse extérieure est considérable, on devra se garder d'asseoir la construction sur un plan incliné sujet à glissements. Il faudra, si le cas l'impose, emprunter aux parois de la dent la quantité de substance nécessaire pour former à la partie avoisinant le collet un plan horizontal ou mieux encore une dépression à sommet plus élevé que la paroi restante du bord cervical.

La cavité ainsi préparée, la dent et l'obturation recevront les chocs articulaires directement sur leur grand axe et les chances de glissement seront évitées.

PRÉPARATION DE L'OR

L'or adhésif en feuilles doit subir une préparation très simple pour être prêt à être condensé dans la cavité. La feuille est placée dans une serviette propre et sèche, pliée en plusieurs doubles, les deux parties libres du linge sont rapprochées l'une de l'autre et l'on se sert des deux parois ainsi formées pour rouler la feuille en cordelettes. Elle est ensuite découpée en morceaux de différentes longueurs.

On peut également se servir de cylindres, de White ou de Williams, préparés pour cet usage. Ces cylindres sont de différents volumes et remplissent parfaitement le but.

Toutefois nous préférons encore la cordelette préparée avec la feuille, parce qu'elle peut être moins tassée et par conséquent plus adhésive et plus malléable.

CONSTRUCTION DE L'AURIFICATION

Quelle que soit la cavité à combler, l'opérateur devra toujours conduire l'obturation suivant des principes définis. En utilisant les qualités adhésives de l'or, il devra ne pas oublier qu'il serait imprudent de compter sur ces qualités d'une manière absolue. L'expérience nous a démontré que

l'on doit s'inspirer pour le placement des morceaux d'or adhésif des règles qui président à l'arrangement des cylindres d'or mou[1]. Que de fois nous avons observé, dans les aurifications que l'on a soumises à notre examen, le détachement de parties superficielles ayant mal adhéré pour une raison quelconque! Que de fois nous avons vu les élèves essayer vainement de remplir des fissures existant le long des bords linguaux des cavités!

Il est difficile en effet de faire adhérer de petites parcelles d'or pour boucher une fissure existant par suite d'un défaut de construction le long d'un bord, d'un bord interne surtout.

Nous avons démontré pratiquement à différentes reprises qu'il n'est rien de plus facile que d'éviter ces mécomptes en s'inspirant d'une méthode bien ordonnée et très simple. Nous allons essayer ici de le démontrer théoriquement en faisant une description aussi succincte qu'il est possible du mode d'exécution auquel nous nous sommes définitivement arrêtés.

Supposons, pour la facilité de la démonstration, une cavité d'incisive centrale supérieure comprenant toute une paroi proximale ou distale, ainsi qu'une échancrure linguale assez considérable. Nous supposerons également que la carie a détruit dans certaines proportions la partie inférieure de la dent. Nous avons dans ce cas une échancrure interne à combler bien exactement au niveau de son bord et une restauration à opérer.

Nous aurons creusé une rainure intéressant la partie cervicale de la dent et descendant légèrement le long des deux parois interne et externe. Cette rainure devra être suffisante pour assurer la solidité des premiers morceaux.

Etant donné, de par la forme de la dent, que la cavité diminue de largeur au fur et à mesure qu'elle descend, il est facile d'admettre que, l'obturation ayant atteint la partie où

1. Il est bon d'observer que nous ne nous occupons ici que des cavités latérales plus ou moins compliquées. En ce qui concerne l'or adhésif, nous ne croyons pas utile de faire une description spéciale de l'obturation des cavités simples, le manuel opératoire étant par trop connu.

la cavité se rétrécit, l'or bien foulé présentera à ce moment une grande solidité.

Il est utile de remarquer qu'en pareil cas la rainure ainsi pratiquée servira tout autant à maintenir en place la masse totale de l'aurification en ce qui concerne la partie supérieure qu'à faciliter le placement des premiers morceaux. Nous inspirant des principes que nous avons déjà développés plus haut, nous aurons enlevé à la partie inférieure de la dent une quantité d'ivoire suffisante pour former un crochet intérieur assez profond qui retiendra solidement la construction extérieure. Il est bien entendu enfin que les bords ont été soigneusement préparés.

Nous voilà donc prêts à commencer l'opération.

Après avoir comblé la rainure, nous aurons une base suffisante pour faire adhérer successivement les morceaux que nous allons porter dans la cavité.

En général on se préoccupe fort peu de l'insertion méthodique des morceaux d'or et on les tasse un peu au hasard. Or, si l'on considère que chacun de ces morceaux a la forme d'un cylindre plus ou moins flexueux, on devra les placer comme des cylindres d'or mou, c'est-à-dire sur leur grand axe, de manière à présenter à l'extérieur la tranche de la feuille. L'une des extrémités du cylindre étant placée au fond de la cavité, l'autre doit déborder légèrement ses bords, pour être foulée exactement à leur niveau. L'aurification sera ainsi montée par tranches successives [1] et devra être maintenue autant qu'il sera possible sur un plan régulier pendant tout le temps de l'opération.

En procédant suivant cette méthode, quelles que soient la forme de la cavité et l'échancrure des bords, aucune de ses parties ne peut échapper à la condensation. Il est bon de remarquer que, le cylindre étant attaché dans le fond de la cavité, nulle partie d'or ne peut se détacher de la surface ; il en serait autrement si l'aurification était terminée par des morceaux surajoutés à la masse et n'ayant aucun lien avec

---

1. Godon, *Manuel de dentisterie opératoire.*

l'intérieur de la cavité. C'est là, en effet, selon nous, un vice capital de construction, car il amène fréquemment la chute des parties superficielles, démontrant ainsi qu'on ne peut pas et qu'on ne doit pas compter exclusivement sur les qualités adhésives de l'or.

La méthode serait incomplète si elle ne nous permettait pas d'éviter à la partie terminale le détachement de parcelles que nous n'avons plus à craindre maintenant sur les parties déjà montées.

Il est indispensable dans ce but de déterminer d'avance le point de la dent où devra se faire la pose des derniers morceaux d'or. En principe, c'est toujours du côté le plus accessible qu'on doit se réserver une excavation destinée à assurer la fermeture de l'obturation. Dans le cas dont nous nous occupons, le point de fermeture sera situé à la partie labiale et aux deux tiers inférieurs de la dent. L'aurification aura été montée par couches successives, mais de manière à former un plan oblique, de l'intérieur à l'extérieur, mais non de bas en haut, dont la partie la plus élevée partira de la face linguale. Le crochet inférieur destiné à assurer la rétention de la partie reconstituée sera comblé avant que la masse d'or insérée fasse obstacle à la pénétration vers cette excavation. Les morceaux seront placés de manière à ce que leur partie libre concoure à l'achèvement de la face linguale sur les bords de laquelle ils seront fortement condensés. Toutes les parties difficilement accessibles seront ainsi entièrement terminées ; il ne restera plus à combler que l'excavation par laquelle doit se boucler l'aurification. A ce moment les derniers morceaux seront placés de la façon suivante : un premier cylindre porté au fond de l'excavation sera condensé de manière à terminer entièrement l'obturation sur le bord externe, afin d'éviter toute fissure ou dépression à son niveau, tout en diminuant le moins possible la profondeur de l'excavation réservée.

Les morceaux suivants seront également condensés au fond, mais la partie libre de l'un d'eux sera laissée flottante. On condensera ensuite les derniers morceaux en partant

du fond vers la surface, en ayant soin de les fouler de manière à ce qu'ils présentent toujours à l'extérieur la tranche de la feuille. Lorsque les derniers morceaux condensés auront atteint le niveau de l'aurification, il ne restera plus qu'à rabattre sur eux la partie du cylindre qu'on aura laissée flotter à la surface. Si la cavité à obturer comportait une partie triturante en même temps qu'une partie latérale, on devrait s'inspirer de la méthode de reconstitution par l'or mou, c'est-à-dire édifier la construction au moyen de deux plans, l'un horizontal pour la face latérale, l'autre vertical pour la face triturante, et procéder comme ci-dessus pour l'obturation de l'excavation terminale.

Une aurification bien conduite d'après cette méthode laisse peu ou point d'excédent et les bords sont très nettement condensés. Le premier point est très important, car il permet d'affirmer que, toutes les parties d'or étant nettement enfermées, cette disposition ne sera pas détruite par la lime ou la meule dans les manœuvres de nivellement et de polissage. Nous nous abstiendrons de parler de ces dernières opérations dont le manuel opératoire est trop connu pour que nous y insistions.

Les points faibles des aurifications se rencontrent généralement sur les bords, principalement sur ceux qui sont les moins accessibles à la vue. C'est pourquoi nous devons redoubler d'attention et exagérer en quelque sorte la condensation à leur niveau. Dans beaucoup de cas il faut attribuer les défauts à l'emploi de la matrice. Rien n'est plus illogique que de se servir de ce moyen. Lorsque la matrice est en place, comment peut-on faire un tassement direct et complet au niveau des bords, alors que ce bord forme un angle qui, pour être bien condensé, doit successivement recevoir les chocs dans toutes les positions : horizontale, verticale, oblique à tous les angles ? Comment peut-on surveiller la condensation sur des régions qu'on ne voit pas ?

Pour ces raisons et pour beaucoup d'autres que nous n'avons pas à développer ici, nous croyons que l'emploi de la matrice doit être rejeté pour toutes les aurifications.

*
* *

A côté des méthodes classiques, nous allons dire quelques mots de différents procédés d'or adhésif, tels que la méthode de Herbst, le travail des ors de Trey et de Genève, et les méthodes mixtes or adhésif-or adhésif, amalgame et or adhésif.

La méthode de Herbst consiste à faire adhérer l'or à lui-même par la rotation. A l'aide d'instruments spéciaux montés sur le tour on condense les morceaux placés successivement. Il est évident que les qualités adhésives de l'or employé arrivent à leur maximum grâce au développement de chaleur que produit la rotation rapide des instruments appropriés. Le montage se fait le plus régulièrement possible, mais après le placement de chaque morceau on doit s'assurer de la densité égale du bloc formé au moyen d'un explorateur à pointe aiguë. Les différences de densité, les trous même qui peuvent exister et que révèle l'exploration doivent être comblés avant de procéder à l'application d'une nouvelle couche. Herbst a démontré lui-même sa méthode à différentes reprises et a prouvé qu'il y avait économie de temps avec son procédé. Quand il s'agit d'aurifications auxquelles une paroi manque, il devient nécessaire d'employer la matrice. C'est à cette circonstance que nous attribuons la facilité avec laquelle nous avons pénétré sur les bords de quelques aurifications ainsi faites qu'il nous a été donné de voir. Cependant nous admettons volontiers que, grâce aux pointes fines employées, cette méthode supporte mieux l'emploi de la matrice que les autres et que peut-être aussi les aurifications que nous avons examinées avaient été construites négligemment.

M. Heidé, qui est allé en mission auprès de M. Herbst pour se rendre compte de la méthode, a publié à ce sujet un important travail très complet, que nous engageons vivement ceux qui veulent l'employer à consulter. Quoi qu'il en soit, après avoir fait l'objet d'un enseignement spécial à

l'École dentaire, enseignement dont l'honneur revient à M. Heidé, cette méthode semble avoir été délaissée au profit des méthodes classiques.

Les ors de Trey et de Genève sont des préparations spéciales que tout le monde connaît et qui ont entre elles de grandes analogies. Ils sont de création relativement récente, l'or de Genève surtout, et semblaient devoir prendre une place importante dans les manipulations de la dentisterie opératoire. A plusieurs reprises des démonstrations ont été faites ici même avec ces substances et l'on a pu voir que, pour obtenir des obturations parfaites, le gain de temps annoncé avait été considérablement exagéré. Nous avons, dans un rapport récent, communiqué l'observation d'un travail fait par nous-même à la clinique de l'École dentaire sur un cas, difficile il est vrai, qui avait demandé une heure trois quarts. Il s'agissait, si nos souvenirs sont exacts, d'une deuxième petite molaire supérieure gauche, carie postérieure peu accessible, à bord cervical montant au-dessus du collet. Nous avons estimé à deux heures et demie le temps que nous aurions dû passer pour aurifier la même dent avec l'or adhésif en feuilles. Nous avons relaté les qualités et les défauts que cette forme d'or nous semble posséder. A côté de remarquables qualités adhésives, nous avons constaté sa tendance à s'effriter et l'extrême difficulté qu'il présente pour la condensation parfaite au niveau des bords. L'aurification ainsi faite a paru suffisamment dense et impénétrable sur tous les points à ceux de nos confrères qui l'ont examinée, mais le gain de trois quarts d'heure réalisé dans cette séance est loin d'être important en raison des résultats qui avaient été annoncés. Il convient d'ajouter que nous étions nous-même peu familiarisé avec ce genre d'aurification. Nous devons dire aussi qu'il nous a été donné d'examiner des obturations faites rapidement, entre autres des cavités de faces triturantes, assez importantes, comblées en moins d'un quart d'heure. Ces obturations, soumises à notre examen, se laissaient pénétrer facilement sur plusieurs points. Notre opinion est

qu'on peut obtenir de bonnes aurifications avec ces ors spéciaux, mais qu'il faut alors les faire soigneusement et y consacrer le temps nécessaire.

De toute façon, les résultats sont loin d'être comparables avec ceux qu'on obtient avec l'or mou, soit comme densité d'obturation, soit comme rapidité.

MÉTHODES MIXTES D'OR ADHÉSIF-OR ADHÉSIF

Nous appellerons ainsi les procédés qui consistent à user pour les fonds de cavité d'un or adhésif ou d'une méthode comportant l'emploi d'une forme d'or adhésif dont la condensation est beaucoup plus rapide à opérer ou plutôt dont le placement facile ne nécessite pas de rétention spéciale. C'est le cas des ors éponges, cristallisés, de Trey, de Genève. Il convient alors de condenser ces ors à leur maximum. Le plus souvent on considère l'adjonction d'un or spongieux uniquement au point de vue de la rapidité. Si la condensation n'est pas complète et faite avec soin, le corps de l'aurification sera d'une densité insuffisante. Nous avons entendu exprimer l'opinion que la condensation de l'or dans les couches profondes avait relativement peu d'importance, à la condition que la surface fût très dure. On ne saurait trop s'élever contre cette manière de voir. Il est absolument illogique d'asseoir une construction sur des fondations manquant de solidité. Une aurification dont toutes les parties n'auraient pas une égale densité ne serait pas équivalente à un amalgame soigneusement fait. Celui-ci, en effet, à côté d'inconvénients inhérents à la substance elle-même, possède au moins l'homogénéité.

Le tassement de l'or de Genève ou de Trey se fait au moyen de fouloirs spéciaux ; ce sont en général des instruments à bouts arrondis finement quadrillés. Les manches, plus volumineux que ceux des instruments ordinaires servant à l'or adhésif, sont mieux en main et permettent de déployer une force plus considérable et plus régulière. Néanmoins, à notre avis, ils sont encore trop grêles. C'est là, selon nous, un défaut commun à toute notre instrumen-

tation. Il semblerait qu'elle a été imaginée pour servir à des dessinateurs et non pour des travaux qui exigent un emploi considérable de force. Après avoir condensé l'or éponge, dès qu'on veut commencer le placement de l'or en feuilles, il est bon de pratiquer sur la surface brillante obtenue à l'aide des fouloirs spéciaux des rugosités assez rapprochées pour faciliter l'adhésivité de l'or de nature différente qu'on se propose d'y appliquer. Utilisés de cette manière, les ors spongieux peuvent rendre des services très appréciables. Nous signalerons une méthode mixte enseignée à l'École par notre distingué confrère M. Lemerle, qui permet d'édifier assez rapidement une construction avec l'or adhésif.

Notre confrère roule très soigneusement des boulettes de feuilles adhésives qu'il introduit successivement dans le fond de la cavité en traitement. Il écarte ces blocs pour en introduire de nouveaux dans le vide obtenu. Le tassement est à peine indiqué au début de l'opération ; mais lorsque l'or se trouve placé en quantité suffisante pour que son contact soit assuré contre toutes les parois et qu'il peut être solidement fixé, il le foule alors énergiquement dans tous les sens. Il obtient ainsi assez rapidement un fond d'apparence solide, sans avoir eu recours à aucun mode de rétention et il continue par la méthode classique. Il gagne beaucoup de temps de cette façon.

Cette méthode nous paraît critiquable. L'or adhésif ne doit jamais être tassé par grosses masses ; il nous semble certain que par ce procédé on est exposé à enfermer dans le corps de l'obturation des parties de densité inférieure à celles de la surface. C'est toujours, quoi qu'on fasse, du temps gagné aux dépens de la qualité de l'aurification.

AMALGAME ET OR ADHÉSIF

Il y a quelques années, notre ami regretté Dubois présentait à la Société d'Odontologie un cylindre métallique extrêmement dur, composé d'amalgame et d'or adhésif. Cette présentation était faite, si nos souvenirs sont fidèles, au nom d'un de nos confrères américains. Le point de jonction

des deux métaux était impossible à déterminer. Une zone indécise montrait les endroits où l'or absorbé par l'excédent de mercure de l'amalgame s'était combiné avec lui et avait modifié sa couleur sans présenter franchement celle de l'or. Celui-ci se montrait ensuite parfaitement distinct.

Nous avons songé à utiliser, dans certains cas, cette propriété de l'or de s'amalgamer pour obtenir ainsi des aurifications mixtes. Cette méthode réussit parfaitement ; nous devons dire que nous ne l'employons que pour les cavités de dents privées de leur pulpe et lorsqu'il est impossible de faire monter le caoutchouc de la digue au-dessus du bord cervical d'une cavité latérale. Voici le procédé dans son extrême simplicité : la cavité étant préparée de manière à pouvoir retenir une certaine quantité d'amalgame à sa partie supérieure (nous supposons une dent du haut), nous procédons au placement de la digue sans nous occuper de la partie de la carie qui reste en dehors de son action. Nous plaçons ensuite l'amalgame de manière à ce qu'il monte au-dessus du caoutchouc, puis avec une spatule très fine nous égalisons la partie supérieure en laissant légèrement saillir le contour, sauf au niveau du bord supérieur. Pour obtenir ce résultat, nous avons dû écarter légèrement le caoutchouc, que nous laissons ensuite revenir à sa place. S'il s'est produit un peu d'humidité pendant cette opération, nous séchons avec l'ouate hydrophile et l'air chaud. L'amalgame est préparé de manière à contenir un excédent assez sensible de mercure. Nous nous servons alors de l'or de Genève, qui se prête merveilleusement à la combinaison. En appuyant très légèrement, en tapotant pour ainsi dire, sur sa partie supérieure avec un fouloir lisse, nous le voyons s'absorber progressivement. Un moment arrive où l'on peut le tasser fortement, puis même se servir du maillet et terminer avec l'or en feuilles. Cette méthode n'est pas d'un emploi courant, mais elle peut rendre à l'occasion quelques services, et c'est à ce titre que nous tenons à vous la signaler.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ❁, *président.*
Dr **Sauvez**, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, ❁, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng** ❁.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ❁, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, ❁, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, ❁, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ❁, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✲, ❁, **Poinsot** ❁.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet, Claser** ✠, **Godon** ✲, ❁, **Lemerle**, ❁, Dr **Maire, Devoucoux, Martinier**, ❁, **Ed. Papot**, ⚜, **Paulme, Stévenin, Viau**, I. ❁.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✲ (Lyon), **Schwartz** ❁ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r) ❁, **Berthaux, Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat, Pillette, Wiesner**, ✲, ❁.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet, De Marion, Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet, Devoucoux, Papot, Rollin, Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 décembre 1899.

Présidence de M. LEMERLE, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

MM. Choquet, Godon, Sautier et Sauvez s'excusent par lettres de ne pouvoir être présents.

I. — DON AU MUSÉE, PAR M. DE MARION.

M. Lemerle. — Nous venons de recevoir de M. de Marion 48 pièces destinées au Musée de l'Ecole ; ce sont des reproductions en cire d'après le procédé de Baretta, que M. de Marion est prêt à démontrer pratiquement devant nous.

Sur l'invitation de *M. Loup*, *M. de Marion* fournit les explications suivantes :

« J'ai fait moi-même ces quarante-huit pièces en prenant les surmoulages à la gélatine. Le modèle une fois obtenu, je voulais imiter le procédé Baretta, qui permet de reproduire plusieurs modèles de la même figure et qui parconséquent nécessite un moule à bon creux. J'ai cherché une composition sortant bien de ces moules et coulant facilement ; la suivante remplit ces conditions : un quart de cire, un quart de stéarine, une moitié de paraffine. J'ai fait en deux couleurs basiques : en jaunâtre les dents et en couleur chair les muqueuses. Je me suis servi de couleurs à l'huile que j'ai mélangées un peu au hasard ; les laques m'ont donné d'excellents résultats. J'ai coulé d'abord les dents, puis le reste en couleur chair. On laisse refroidir deux ou trois jours, ensuite on décore au pinceau en pitoisant comme pour la porcelaine, on laisse sécher et l'on vernit ; mais tous les vernis ne sont pas bons et j'en ai essayé peut-être trente espèces avant d'en trouver une convenable. »

M. Lemerle. — Je serai certainement l'interprète de tous les membres de la Société en remerciant M. de Marion de son travail intéressant et artistique.

II. — CONSIDÉRATIONS SUR LES CIMENTS, PAR M. MENG.

M. Meng donne lecture d'une communication sur ce sujet [1].

---

1. V. *L'Odontologie*, p. 545, 30 décembre 1899.

Discussion.

M. Viau. — On a mis en doute la possibilité d'aurifier tout de suite sur un ciment. Celui que vous employez durcit-il assez vite pour cela ?

M. Meng. — C'est du ciment ordinaire de Poulson cristallisé que j'emploie, mais auparavant j'ai soin d'en chauffer le liquide.

M. Viau. — Quand on obture sur une face latérale et qu'on est obligé de terminer en une séance parce que la personne ne peut revenir, il faut polir avec un disque de papier de verre. Par ce procédé le ciment se trouve chauffé et durcit plus rapidement. Certains praticiens brunissent le ciment à l'aide d'un fouloir chaud pour obtenir un durcissement plus rapide et plus complet, mais j'avoue ne pas être convaincu de l'efficacité de ce procédé. Il me semble que la chose essentielle est de protéger de la salive le ciment en le recouvrant d'une couche de colladion ou d'un vernis à l'éther et sandaraque.

M. Meng. — Je malaxe mon Poulson entre mes doigts.

M. de Marion. — Je fais souvent une aurification sur un ciment et j'en suis très content. Le ciment Adrian comprend un flacon à prise lente et un à prise rapide qui durcit en quelques secondes comme du granit.

M. Weber. — Que pensez-vous du polissage comme procédé de durcissement ?

M. de Marion. — Le ciment que vous chauffez perd une partie de ses propriétés. J'ai essayé de durcir des ciments immédiatement après l'application et si je chauffe par un frottement, je ne détruis pas beaucoup ces propriétés ; si, au contraire, j'emploie un courant d'air chaud, la face superficielle devient légèrement friable ; si je chauffe à 150°, la totalité de la masse devient friable. Pour éviter cela il faut polir avec un vernis quelconque et l'on perd alors le bénéfice de ce durcissement immédiat.

M. Platschick. — Comment ménagez-vous le point de repère pour la pose des morceaux d'émail ?

M. Meng. — On le ménage où l'on veut ; on peut faire un point imperceptible dans le bloc et la dent. Sans cette précaution on a beaucoup de peine à placer le bloc en bonne position.

M. Siffre. — L'adhérence du ciment aux parois est un rêve ; nous ne pouvons pas le faire adhérer et nous ne pouvons prétendre à une siccité parfaite ; ce qui le prouve, c'est qu'en faisant tremper une racine de dent dans une matière colorée, il y a pénétration.

J'appelle également votre attention sur un mot : il faut dire émail ou porcelaine, car le produit est bien différent dans les deux cas.

M. de Marion. — M. Siffre dit que la cavité doit être sèche et il

raison. Supposons une cavité idéale, c'est-à-dire unie ; dans ce cas il est facile de la sécher. Mais il faut tenir compte de la structure de la cavité, car la surface n'est pas lisse et l'humidité pénétrant dans toutes ces petites loges empêche le ciment d'être adhérent; si au contraire vous séchez complètement, rien ne l'empêche d'être adhérent. Quand un ciment se détache par grandes plaques, c'est que l'opération a été mal conduite.

Quant à l'observation de M. Siffre, nous pouvons dire *porcelaine* parce que nos fours nous permettent de cuire la porcelaine.

M. Jeay. — Je regrette que M. Meng ne soit pas revenu sur la question posée à la dernière séance: considère-t-on l'or comme une bonne chose dans les dents au voisinage de la pulpe ?

Vous connaissez tous le rôle de la dentine secondaire contre l'envahissement par la carie : la pulpe n'a plus les moyens d'y résister, si les fibrilles dentinaires ne réagissent pas. On devrait donc étudier l'emploi du ciment dans ce genre de carie. Quand la carie est très molle, je cherche à irriter les fibrilles avec un mélange de liquide de Poulson, d'oxyde de zinc et d'iodoforme ; je puis alors obturer.

M. Meng. — Je ne crois pas à la valeur thérapeutique des ciments près de la pulpe. En 1886 ou 1887 j'ai signalé à la Société un échec que j'avais eu avec une dent dont la cavité était située sur une face latérale ; quatre ou cinq ans après la pulpe était morte.

M. Jeay. — Il y a deux ou trois ans, un chimiste, M. Halphen, nous a donné des explications sur la manipulation des ciments ; il nous a dit notamment que les ciments à prise rapide sont plus solides que les ciments à prise lente. Ne croyez-vous pas que dans votre cas il y a eu un excès de caustique ?

M. Meng. — Cela n'est pas arrivé qu'à moi seul.

M. de Marion. — M. Halphen a oublié de nous dire que tous les ciments ont une réaction fortement acide. Si vous prenez du ciment que vous laissez vieillir, en le lavant dans l'alcool, en le broyant, en y ajoutant un peu d'eau et en y trempant du papier de tournesol, ce papier rougit. Si vous tenez compte en outre de la susceptibilité, il n'est pas extraordinaire de voir une pulpe se mortifier sous l'action acide du ciment.

M. Cecconi. — Quel est votre mode opératoire ?

M. Jeay. — Je nettoie le mieux possible et je cherche à provoquer la formation de dentine secondaire.

M. Lemerle. — M. Chauvin nous a dit de faire des aurifications à des enfants, même très jeunes. Au Congrès de Marseille M. Schwartz fils a traité la question des obturations sans parler de l'âge.

Pour ma part, je suis opposé à l'obturation métallique chez un enfant, surtout s'il est d'une constitution faible. Après un ciment

datant d'un an ou de deux je remets du ciment et je ne fais que plus tard une aurification ou un amalgame. Les micro-organismes pénètrent dans les tissus altérés et même dans les tissus en apparence sains, de sorte que dans une couche de dentine paraissant saine il peut y avoir une colonie microbienne susceptible de devenir virulente. Quand une dent obturée est douloureuse au bout de plusieurs années, il y a sans doute eu une infection. M. Meng a passé trop légèrement sur ce point. Je crois, quant à moi, à la modification de la dentine ; les dents sont un individu dans un individu. S'il y a dans une dent une excitation de la pulpe, elle peut être provoquée par le ciment. C'est d'ailleurs une question que nous reprendrons plus tard.

III. — Emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général par M. Jeay.

M. Jeay donne lecture de la note suivante sur ce sujet :

De même que M. Choquet l'a fait il y a quelque temps, M. Pinet et moi nous vous demandons la permission de vouloir bien réserver la lecture de notre communication pour le Congrès et de prendre simplement date dès ce soir.

Il s'agit d'un anesthésique général nouvellement en faveur, grâce à sa parfaite pureté de fabrication, et très certainement d'un heureux avenir surtout pour notre profession.

En dehors de notre communication il sera fait au Congrès des démonstrations pratiques.

Si nous vous en parlons dès maintenant, c'est aussi pour vous prier de vouloir bien nous adresser toutes les observations ou communications faites à ce sujet et connues de vous, dans l'intérêt même de notre travail, qui serait ainsi encore plus complet et permettrait d'éclairer à l'avance la discussion qui aura lieu à ce sujet lors du Congrès.

IV. — Des troubles oculaires et auriculaires dans le cours des affections dentaires, par M. le Dr Ollagnier.

M. Lemerle. — J'ai reçu de M. le Dr Ollagnier, qui a bien voulu venir parmi nous lire ses conclusions, une thèse sur les *troubles ocu-*

laires et auriculaires dans le cours des affections dentaires, ouvrage destiné à notre bibliothèque.

M. le Dr Ollagnier donne lecture d'une courte note et des conclusions de sa thèse.

Sur les conseils de M. le président, je me permets de vous présenter le travail qui a fait le sujet de notre thèse de doctorat et qui est intitulé : *Des troubles oculaires et auriculaires dans le cours des affections dentaires.*

Nous ne voulons pas en faire une analyse complète, mais simplement indiquer à ceux que le sujet peut intéresser quelles idées nous ont guidé dans cet ouvrage et à quelles conclusions nous avons cru devoir aboutir.

Tout d'abord, ce n'est pas notre expérience personnelle qui est ici en cause, c'est celle de nombreux observateurs anciens et modernes ; en somme, nous avons recueilli les faits relatés antérieurement et nous les avons soumis à la critique ; c'est plutôt une revue générale, mais conçue spécialement au point de vue dentaire.

En effet, nous établissons deux grandes divisions : l'une relative aux troubles visuels, l'autre aux troubles auditifs, la première étant de beaucoup la plus importante. Et dans chacune, suivant l'organe dentaire dans son évolution physiologique et dans ses divers états morbides, nous avons énuméré les phénomènes pathologiques dont il semblait avoir été le point de départ.

C'est le plan que nous indiquons page 16 :

Troubles observés.

1° Dans le cours de l'évolution physiologique.	Enfant : 1re et 2e dentition Adulte : 3e dentition.
2° Dans le cours de l'évolution pathologique.	Carie. Périostite. Avulsion. Exostoses. Plombage. Dent à pivot Dentier.

En face de chacun de ces divers paragraphes se trouvent les observations, dont nous avons rassemblé le plus grand nombre possible, et que nous avons transcrites, sans les discuter.

Nous avons réservé la discussion pour la pathogénie, que nous avons faite aussi complète et aussi serrée qu'il était possible, car c'est elle surtout qui forme la partie originale de notre travail et qui complète en partie ainsi les travaux antérieurs, notamment ceux de Méhas et de Courtaix, où l'article pathogénie est à peine indiqué. C'est elle d'ailleurs qui nous a conduit à des conclusions logiques, dont je vais vous donner quelques extraits.

En somme, nous pensons que les troubles visuels et auditifs forment un côté intéressant de la clinique de l'art dentaire, mais qui jusqu'ici n'a été étudié qu'un peu superficiellement : nous voulons dire qu'on n'a point soumis les faits à une discussion scientifique suffisante. C'est à ceux qui auront l'occasion d'en rencontrer de contribuer pour leur part à mettre ce qu'on appelle « la question au point ».

CONCLUSIONS

A quelles conclusions allons-nous aboutir et quel enseignement clinique et thérapeutique va se dégager de cette longue énumération de faits ? — En communion d'idées avec la majorité des auteurs, nous croyons pouvoir admettre que les perturbations physiologiques et pathologiques de la dentition retentissent fréquemment, mais à des degrés divers, sur les organes visuels et auditifs.

Ces « rapports pathologiques », que Teirlink signalait dès 1848, se trouvent amplement confirmés par les observateurs qui après lui s'occupent de la question, car ils démontrent qu'il n'existe pas seulement des relations de concordance, mais des relations de cause à effet.

Cette connexion se manifeste déjà au moment de la première et de la deuxième dentition, lorsque l'éruption est entravée dans sa marche normale. C'est une dent temporaire qui ne peut perforer la gencive, une dent permanente qui ne peut chasser sa congénère et tend ainsi à prendre une direction anormale ; à leur niveau ce sont des douleurs intenses, du tiraillement, et peut-être un léger degré d'inflammation ; au niveau de l'œil et de l'oreille c'est de la névralgie orbitaire et de l'otalgie, accompagnées de troubles fonctionnels et

inflammatoires variés, mais surtout de kérato-conjonctivite avec photophobie et larmoiement, phénomènes fugaces, toujours bénins, mais capables dans quelques cas d'exister avec un état général fébrile, en rapport avec la susceptibilité nerveuse de l'enfance. Plus tard, au moment de l'apparition de la dent de sagesse, ces mêmes symptômes pourront éclater, mais beaucoup plus rarement.

Puis à chaque phase de l'évolution pathologique de la dent (carie, pulpite, périostite), l'œil et l'oreille pourront subir le choc inflammatoire ou réflexe parti de la lésion dentaire. Les phénomènes inflammatoires se traduiront par des lésions cellulaires pouvant porter sur les diverses tuniques de l'œil, et les phénomènes réflexes par des troubles de la fonction que les organes des sens sont chargés d'assurer. Pourtant ils ont une certaine tendance à revêtir des formes spéciales; c'est ainsi que nous trouvons surtout des kérato-conjonctivites et des iritis d'une part (un seul cas de glaucome a été observé), de vastes phlegmons orbitaires d'autre part; les troubles fonctionnels offrent une variété plus grande: l'amaurose, l'amblyopie, l'asthénopie accommodative, le blépharospasme, le larmoiement, le strabisme, la mydriase, le myosis, sont toutefois le plus souvent observés, seuls ou accompagnant l'inflammation. Du côté de l'oreille, nous avons des bourdonnements, de l'hyperacousie ou de l'hypoacousie, peut-être de la surdité, et quelques cas de catarrhe séreux de la caisse.

Ces états morbides n'ont pas de symptomatologie spéciale ; toutefois quelques signes spéciaux permettront dans quelques cas de dépister leur étiologie. C'est d'abord la névralgie dentaire, jointe à la névralgie orbitaire ou l'otalgie; en effet la réciproque (c'est-à-dire une névralgie orbitaire ou une otalgie produisant une névralgie dentaire) est, croyons-nous, exceptionnelle ; si donc, un malade accuse des souffrances au niveau de tous ces organes, il est très probable que c'est l'organe dentaire qui a retenti sur les deux autres. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; les douleurs orbitaires peuvent être les plus marquées et masquer la douleur dentaire, que le malade considère comme insignifiante. Bien plus, les troubles sensoriels, les troubles inflammatoires, et la douleur orbitaire, peuvent exister en l'absence de toute névralgie dentaire: ce sont ces cas que Hutchinson et Hancock avaient parfaitement signalés: le malade a de la conjonctivite, de l'amblyopie, il s'est réveillé amaurotique, il a de la névralgie orbitaire, et pourtant après des recherches minutieuses, on est obligé d'incriminer comme cause de toutes ces perturbations, une dent cariée, mais insensible, du moins spontanément, car le plus souvent, cette dent devient douloureuse à un examen méthodique. Ainsi la névralgie dentaire, qui semble devoir être le signe le plus certain du diagnostic étiologique, est, par ce fait même, trop souvent infidèle.

Ces complications sont le plus fréquemment unilatérales et du même côté que la lésion dentaire: signalons pourtant les mydriases situées du côté opposé.

L'œil est surtout intéressé par les affections de la mâchoire supérieure, l'oreille par celles de la mâchoire inférieure; les exceptions à cette règle sont rares.

Les dents incriminées sont toujours les petites et les grosses molaires, et surtout ces dernières; il n'est fait d'exception à cette règle que pour la canine supérieure, dont la longue racine est en rapport direct avec le canal nasal. Par contre, les incisives du haut et du bas, ainsi que la canine du bas, ne semblent pas avoir jamais donné lieu à des complications sensorielles: dans les publications où elles pouvaient être mises en cause, leurs lésions s'accompagnaient toujours de lésion des molaires. Il n'est pas rare, au contraire, que la carie ou la périostite d'une molaire isolée aient suffi pour produire des accidents multiples.

Enfin dans les cas douteux, le traitement dentaire peut être la pierre de touche du diagnostic étiologique.

Les complications sont d'ordre inflammatoire ou d'ordre réflexe. Les premières semblent revêtir une double modalité. Tantôt elles se manifestent par une invasion septique intense (phlegmon de l'orbite), revêtant une forme suraiguë de la plus haute gravité : ces cas apparaissent dans le cours des périostites aiguës, primitives, ou secondaires, dans le cours d'une périostite chronique, ou bien sont consécutifs à une extraction. Le sinus maxillaire est, dans la grande majorité des cas, l'intermédiaire qui unit l'inflammation alvéolaire et l'inflammation orbitaire, la lésion dentaire semblant reléguée au second plan. Tantôt elles affectent une forme chronique (iritis, kératite), évoluant sans grands fracas : la lésion dentaire causale est une pulpite ou une périostite chronique, la propagation inflammatoire se fait directement, sans intermédiaire, le sinus est indemne.

Les phénomènes réflexes se voient à tous les degrés des lésions dentaires; pourtant ils sont bien plus fréquents dans le cours de la pulpite et de la périostite chronique.

Le pronostic *quoad vitam* n'est grave que lors des vastes suppurations qui s'accompagnent très rapidement de lésions profondes et d'un état général infectieux; dans tous les autres cas nous n'aurons à poser que le pronostic de la lésion, très souvent superficielle d'emblée, et par ce fait même bénigne, ne s'aggravant qu'avec le temps.

Les troubles inflammatoires trouvent leur raison d'être dans les connexions si importantes qui unissent entre eux les divers organes, et par suite sont bien plus fréquents du côté de l'orbite. Leur propagation peut se faire par continuité ou par contiguïté, par voie veineuse

ou lymphatique, par la voie osseuse, par les canaux ou orifices naturels, par la voie sous-périostée... etc.; celle qui est suivie par les toxines nous est inconnue. Leur intensité doit dépendre et de l'état général du sujet et du degré de septicité locale sur laquelle des travaux de laboratoire pourraient peut-être nous renseigner. En tous cas, il suffit d'avoir vidé une seule fois une cavité pulpaire infectée pour se rendre compte, ne serait-ce que par l'odeur, des phénomènes de fermentation et de putréfaction qui doivent s'y élaborer et pour comprendre les accidents éloignés dont ils sont parfois l'origine.

Les troubles inflammatoires de l'oreille sont beaucoup plus rares et ne semblent se produire que par continuité.

Les accidents réflexes s'expliquent par la distribution commune du trijumeau à l'œil, à l'oreille et aux tissus dentaires : l'excitation d'une de ses fibres vient ainsi retentir sur les fibres voisines. Mais ces troubles fonctionnels d'origine réflexe pure semblent de plus en plus rares; leur classe se démembre au profit des accidents d'origine toxique ou névritique. A part la douleur, le larmoiement, l'injection conjonctivale que l'on fait encore rentrer dans cette catégorie, les autres, tels que l'amaurose, la cécité, l'amblyopie, le strabisme, le blépharospasme... etc., s'ils ne sont pas d'origine toxique ou névritique, demandent pour se produire un terrain approprié (hystérie, épilepsie, chorée, névroses); l'irritation dentaire ne sera que la cause occasionnelle, elle n'est pas la cause efficiente.

Aussi, en face d'une lésion organique ou dynamique de l'œil ou de l'oreille, devons-nous, avant d'incriminer la lésion dentaire, examiner et éliminer toutes les causes qu'un examen superficiel laisse inaperçues. Il nous faut fouiller l'état local de notre sujet, ainsi que son état général.

Dans son état local, nous rechercherons d'abord les lésions de voisinage: sinusites maxillaire et frontale, stomatites, angines... ; puis, plus en dehors, les lésions viscérales (estomac, si l'on a affaire à des troubles auriculaires, — utérus si l'on a affaire à des troubles oculaires), et celles de tous les tissus de l'économie.

Dans son état général, nous rechercherons les infections et les diathèses de toutes sortes: rougeole, fièvre typhoïde, arthritisme, syphilis, paludisme, etc.

Il nous sera alors permis de songer à l'influence incontestée des divers états morbides de la dent, et même dans des cas exceptionnels (observation de Pont) nous pourrons éliminer l'infection générale, notamment la rougeole.

En tout cas, une fois le diagnostic nettement établi, il restera à instituer un traitement rationnel, que nous mettrons en œuvre le plus promptement possible, car de la rapidité du traitement dépendent la rapidité et la perfectibilité de la guérison; il sera même d'autant plus

précoce que nous aurons affaire à des accidents plus aigus. Nous savons, en effet, avec quelle vitesse les septicémies aiguës étendent leur ravage, détruisant les tissus qu'elles atteignent et, trop souvent, tuant le malade. Et même, si nous avons affaire à un processus chronique, les lésions rétrocèderont d'autant plus vite qu'elles auront été attaquées plus tôt. Le traitement s'adressera donc d'emblée à la dentition et consistera soit dans l'extraction d'un organe nécrosé, soit dans l'obturation après antisepsie parfaite; dans un certain nombre de cas nous aurons également à traiter la sinusite ou l'ostéite qui aura servi d'intermédiaire. En même temps il faudra porter ses soins du côté de l'œil et de l'oreille. C'est de cette façon que nous pourrons juguler l'état morbide, en détruisant les éléments microbiens d'une part, en faisant cesser l'irritation nerveuse d'autre part. Nous verrons des troubles fonctionnels existant depuis plusieurs mois et plusieurs années disparaître avec une rapidité vraiment surprenante, en quelques heures, en un ou deux jours; des troubles nutritifs datant de plusieurs semaines et de plusieurs mois, ayant résisté à toutes les thérapeutiques, rétrocéder en quelques jours, dès l'application du traitement de la dent.

Toutefois, les résultats ne se montreront pas toujours aussi satisfaisants. Malgré une extraction parfaite, malgré un curettage soigné du sinus, malgré l'évacuation prompte d'une suppuration orbitaire, nous aurons des lésions irrémédiables, mortelles même pour l'individu: par le fait du degré de sa toxicité (de cause inconnue), l'infection domine la thérapeutique et va plus vite qu'elle. Ou bien les phénomènes fonctionnels que l'on s'attendait à voir rétrocéder persistent indéfiniment: ils ne sont plus le fait d'une simple irritation réflexe, mais dépendent de lésions organiques.

Si le malade présente de l'odontalgie, il acceptera facilement le traitement dentaire. Par contre, si nous avons affaire à des troubles sensoriels, s'accompagnant de douleurs fugitives, peu intenses, nous devrons insister auprès d'un patient qui ne comprend l'application de la thérapeutique qu'aux lésions « qu'il voit ou qu'il sent ». Mais surtout prenons garde qu'une obturation, faite en dehors d'une asepsie rigoureuse, ne nous rende directement responsable des complications graves qui peuvent en résulter.

Il nous sera enfin permis de songer à l'état général du sujet et de soigner le lymphatisme de l'enfant, l'hystérie, la syphilis ou le paludisme de l'adulte, etc.

Les relations pathologiques entre les dents d'une part, l'œil et l'oreille d'autre part, ont donc une existence réelle. Y a-t-il réciprocité, et par exemple, l'œil à son tour peut-il retentir sur l'organe dentaire? Il existe bien certains astigmatismes qui s'accompagnent de névralgies du trijumeau; or, quand ces douleurs provoquées par un

état particulier de l'œil se localisent dans une des branches maxillaires du trijumeau, elles ne se distinguent en rien des névralgies dentaires. Mais d'autres observateurs vont plus loin, et pour finir, mentionnons une relation entre l'organe de la vision et l'appareil dentaire, supposée par un oculiste américain, et qui, si elle n'est pas très bien établie, a au moins le mérite de l'originalité. M. Stevens, de New-York, dans une communication faite en 1891 à la Société d'odontologie de cette ville, dit avoir observé que l'antéversion du maxillaire supérieur, cette déformation qui porte les incisives en avant d'une façon démesurée, et que les dentistes américains désignent par le terme « *wedge shaped jaw* », reconnaît comme cause un trouble dans l'équilibre des muscles oculaires.

Discussion.

M. Lemerle. — Les observations contenues dans cette thèse sont fort intéressantes pour nous et seront lues avec fruit.

M. Jeay. — J'ai souvent remarqué de l'otalgie quand les dents avaient des kystes radiculaires.

M. le Dr Ollagnier. — Je n'ai rien signalé à cet égard parce que je n'ai pas trouvé d'observation.

M. Jeay. — Il y a un an, nous avons relaté un abcès de la paupière inférieure chez un petit malade, abcès causé par une canine de lait.

M. Lemerle. — Il s'en est présenté un cas chez moi. Un médecin m'amène un malade, me fait désobturer plusieurs de ses dents et j'apprends aujourd'hui qu'on a découvert un abcès.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire général.
Choquet.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

COMITÉ D'ORGANISATION DE LA 11e SECTION

(DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DIVERSES : INSTALLATIONS DE CABINETS D'OPÉRATION, DE LABORATOIRES, D'APPAREILS ÉLECTRIQUES ; COMPTABILITÉ, ETC.)

Paris, décembre 1899.

Monsieur,

Le Comité d'organisation de la 11e Section du Congrès Dentaire International a décidé d'organiser pour la durée du Congrès (du 8 au 14 août 1900) une exposition de produits et instruments les plus récents, parus depuis 1889 et concernant l'Art Dentaire, avec faculté de démonstrations pratiques.

Cette exposition, nous croyons devoir le faire remarquer, ne fera nullement double emploi avec celle que vous aurez à l'Exposition Universelle proprement dite, à laquelle vous participerez sans doute. En effet, dans cette dernière, les objets et produits exposés se trouveront disséminés dans les divers groupements officiels, ainsi que dans les divers emplacements attribués à chaque nation et, pour ainsi dire, noyés au milieu d'autres, n'ayant parfois aucun rapport avec l'Art Dentaire ; l'Exposition, telle que notre Section la comprend et a l'intention de l'organiser, aura, au contraire, le grand avantage de réunir dans un seul et même local tous les instruments et produits essentiellement récents ayant trait à notre profession, que vous jugerez dignes d'y faire figurer et qui, groupés ensemble, tout en faisant, pour chaque participant, l'objet d'une exposition distincte, permettront d'embrasser d'un seul coup d'œil les progrès accomplis à ce jour par cette branche dans le monde entier.

L'utilité et les avantages de notre Exposition spéciale ne vous échapperont certainement pas, surtout si vous voulez bien considérer qu'elle attirera l'attention d'un millier de dentistes au moins venus de toutes les parties du monde. Nous pouvons, en effet, à l'heure actuelle compter sur la présence approximative, à notre Congrès, de mille

adhérents français, américains, anglais, allemands, suisses et autres étrangers de diverses nationalités.

Outre cette exposition, notre Comité a l'intention :

1° D'installer un cabinet modèle comprenant les instruments les plus perfectionnés et le plus parfaitement stérilisables : tours mus par forces motrices diverses (électricité à courant continu, transformateurs pour courant alternatif, accumulateurs, piles, air comprimé fourni par les villes ou produit sur place, force hydraulique, petits moteurs à gaz ou à essence) ; appareils à stériliser, à cataphorèse radiographie ; crachoirs hygiéniques ; appareils d'éclairage et de chauffage, etc. ;

2° De réunir tout ce qui a trait à la comptabilité et à la notation dentaires : registres spéciaux ; fiches ; cartes schématiques, etc. ;

3° D'installer également un atelier modèle pour la prothèse avec tours divers, appareils à estamper, fours électriques, etc.

Nous sommes persuadés que ce programme vous agréera et que vous vous empresserez de nous faire parvenir votre acceptation le plus tôt possible, en nous indiquant l'emplacement et la force, électricité ou autre, qui vous seront nécessaires, afin que nous puissions faire choix d'un local approprié.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Président de la 11e Section,
Ed. Papot.

Le Secrétaire,
Paulme.

Nota. — Envoyer toute la correspondance au Secrétaire général, M. le Dr E. Sauvez, 17, rue Saint-Pétersbourg à Paris. Pour tous renseignements verbaux, s'adresser tous les vendredis matins à MM. Papot et Paulme à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.





CORRESPONDANCE

On nous communique la lettre suivante :

American dental club
Paris

Décembre 1899.

Monsieur,

Dans une réunion de l'American Dental Club de Paris qui a eu lieu le samedi soir 2 décembre la résolution suivante, proposée par le Dr Spaulding et appuyée par le Dr Burt, a été adoptée à l'unanimité.

« Les membres du Club adressent à M. Charles Godon leurs sincères félicitations à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur par le gouvernement français. Le président et le secrétaire correspondant du Club sont chargés de transmettre ces félicitations à M. Godon. »

En conformité du vote et de la mission qui précèdent, nous avons l'honneur de vous notifier cette délibération de l'American dental Club de Paris.

Le président :
C. V. Du Bouchet.

Le secrétaire correspondant :
G. C. Daboll.
14, avenue de l'Opéra.

A M. Charles Godon,
Directeur de l'École dentaire de Paris.
Président du Congrès dentaire international de 1900.
Paris.

Nous sommes particulièrement heureux de cette manifestation de nos confrères américains, qui avaient d'ailleurs adhéré pour la plupart au banquet et à la souscription en l'honneur de notre ami Godon.

G. V.

L'article suivant a été lu à « l'American Dental Club of Paris » à la séance d'octobre 1899, avec la protestation ci-jointe.

Le Club a décidé, le 4 novembre 1899, que cet article paraîtrait dans les principaux journaux professionnels d'Europe et d'Amérique.

« DENTINE PLASTIQUE DU DOCTEUR KLEIN »

Par I. B. Davenport, M. D., M. D. S.

De la Faculté de New-York.

Traduit par Geo. Roussel, D. D. S.

Monsieur le Président, Messieurs,

Pendant l'hiver 97-98 le docteur Klein, de Budapest, vint à Paris pour vendre le monopole d'un produit destiné à coiffer la pulpe et qu'il appelait « Dentine Plastique du Dr Klein ».

Il avait envoyé à plusieurs d'entre nous un échantillon et, quelques semaines après, il se présentait pour demander une attestation.

En même temps il envoyait à notre Société pour que nous l'examinions une coupe de dent obturée avec du ciment, recouvrant une coiffe de dentine plastique, qui reposait sur le fond de la chambre pulpaire.

Une attestation y était jointe que cette coiffe et cette obturation avaient été faites trois ans avant l'extraction de la dent, cette extraction ayant été faite dans un but scientifique, pour démontrer la transformation de la coiffe en dentine.

Nous avons tous examiné la coupe au microscope, et nous nous rappelons parfaitement l'apparence particulière de la coiffe.

Bientôt après la même personne vint rendre visite à plusieurs membres de notre Société et leur demanda une attestation, qui lui fut refusée. Quelque temps après nous recevions tous une brochure (que j'apporte avec moi) rappelant les qualités de la dentine plastique et contenant une gravure semblable à la coupe que nous avions reçue, avec les noms d'un grand nombre d'entre nous certifiant la valeur de cette substance.

Presque tous ces noms ont été cités après un refus direct ou sans aucune demande. Cette brochure paraît avoir été publiée dans le monde entier — dernièrement au Mexique — avec nos noms apposés malgré notre refus ou sans que nous le sachions, pour aider sans doute à la vente de cette substance, dont la composition nous était inconnue.

Maintenant, quant à la coupe qui nous a été envoyée et au dessin contenu dans la brochure soit-disant attestée, M. Dalton vous en dira l'histoire.

M. Dalton est un préparateur expert d'objets de micrographie. Les « Dalton's Gems » sont bien connus.

M. Dalton dit :

Messieurs,

Il y a quelque temps un de mes amis m'apporta une coupe de dent, en me disant qu'une personne, qui m'était inconnue, désirait que je lui fisse un dessin reproduisant exactement l'apparence de la substance qui était sous l'obturation. Cette coupe représentée dans la circulaire est une reproduction du dessin que j'ai fait, à l'exception des grosses lignes, qui ont été ajoutées.

En examinant la coupe qui m'avait servi à faire mon dessin, j'ai trouvé dans ma chambre pulpaire et sous l'obturation une substance qui ne m'était pas inconnue. Je grattai un léger fragment que je plaçai sous le microscope et reconnus, comme je l'avais d'abord supposé, une coupe d'os de sèche.

Je ne suis pas dentiste, et quand mon ami vint me demander le dessin, je lui dis : « Quelle ingénieuse idée d'avoir placé un bout d'os de sèche pour supporter l'obturation ! » Mon ami me répondit : « Que dites vous ? C'est de la dentine de formation secondaire ». J'étais très surpris, je croyais qu'il en connaissait la composition. Après lui avoir montré au microscope la ressemblance avec une coupe d'os de sèche, il fut convaincu.

D'après les remarques de M. Dalton, vous pouvez juger de ce qui est inexact dans la coupe et sur le dessin, auquel est jointe l'annotation suivante :

« Dentine Plastique du Docteur Klein, de Budapest. Vue de sa transformation dans la chambre pulpaire après trois années de séjour dans la bouche. »

Il semble que cet artifice a été inventé uniquement pour produire une impression favorable et faciliter la vente d'un produit, qui n'avait pas besoin d'une supercherie semblable, s'il avait les avantages qu'on lui attribue.

M. Dalton montre ensuite des préparations d'os de sèche sous le microscope.

Signé I. B. Davenport.

Protestation.

NOUS, SOUSSIGNÉS, dont les noms ont été apposés pour affirmer le succès de « La Dentine Plastique du docteur Klein » déclarons n'avoir jamais donné notre consentement.

J. G. Brigiotti, E. A. Bogue, G. C. Daboll, I. B. Davenport, C. V. Du Bouchet, Chas. Hotz, Théodore W. Evans, J. H. Spaulding, John Evans, J. Michaels, A. C. Hugenschmidt, John Didsbury, L. Saussine, Geo. Roussel, W. S. Davenport, Henry Didsbury.



NOUVELLES

Conseil de direction de l'École dentaire de Paris.

Ont été élus membres du Conseil de direction de l'École dentaire de Paris pour deux ans à l'Assemblée générale annuelle du 26 décembre dernier, MM. d'Argent, Martinier, Viau, Papot, Stévenin, Sauvez, Weber, Bonnard, Bioux, Gillard.

Pétition au conseil fédéral allemand.

On lit dans *L'Express de Mulhouse :*

— L'Association des dentistes allemands a adressé au Conseil fédéral une pétition pour demander qu'à l'avenir on exige pour l'étude de la médecine dentaire l'examen de maturité d'un lycée d'enseignement classique ou d'un lycée d'enseignement moderne. Cette demande est motivée par les progrès scientifiques que la médecine dentaire a réalisés dans ces dernières années et dont l'étude demande de la part des candidats une préparation plus sérieuse. Le certificat d'admission dans la classe de rhétorique n'indique pas une préparation suffisante. Il faut aussi éviter que les aspirants-dentistes ne commencent leurs études à un âge trop peu avancé.

Session d'examen d'État de chirurgien-dentiste en octobre.

Sur la demande qui en a été faite en haut lieu par le directeur de l'Ecole dentaire de Paris, il est question de créer au mois d'octobre une ou deux séries spéciales de l'examen d'Etat pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste qui a lieu d'ordinaire en novembre, de façon à permettre aux jeunes gens des deux écoles dentaires appelés sous les drapeaux de subir cet examen avant leur départ.

Avis

Le Comité d'organisation de la souscription destinée à offrir un objet d'art à M. Godon vient de publier dans un recueil très élégant le compte rendu de la fête du 29 octobre, les discours prononcés et la liste des souscripteurs. Ce recueil contient en outre en photogravure un portrait de M. Godon.

Nous prions tous les souscripteurs ou adhérents au banquet de bien vouloir retirer ce volume numéroté et portant leur nom chez M. Bonnard, 46 rue Lafayette.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

CHIRURGIEN-DENTISTE de la *Faculté de Médecine de Paris*, **DIPLOMÉ ET CHEF DE CLINIQUE** d'une *Ecole dentaire de Paris*, s'offre comme ASSOCIÉ ou pour DIRIGER UN CABINET à Paris. Ecrire aux initiales M. O. Monde dentaire, 9, rue de Londres, Paris. (183-6)

A céder : ***TABLEAU-ENSEIGNE POUR DENTISTE***, représentant deux têtes en cire, grandeur naturelle, prix exceptionnel. S'adresser à l'apparriteur de l'Ecole, 5 bis, cité Milton. (186-5)

ON DEMANDE pour une grande ville de l'Ouest un OPÉRATEUR BON MÉCANICIEN, de préférence *chirurgien-dentiste*. Ecrire à D.D.N. aux soins de M. Ed. Papot 67 rue Saint-Lazare, Paris. (188-4)

POUR CAUSE DE DÉPART, à céder sur le *littoral* cabinet faisant 14 à 15.000 francs d'affaires dans la *saison d'hiver*, soit 7 mois, du 1er novembre à fin mai. On ferait davantage en restant toute l'année. Installation de premier ordre et très luxueuse ; très peu de frais. Clientèle facile, prix élevés. On céderait dans des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser pour tous renseignements à M. Roch fils, 24, rue de Rome, Marseille. (191-192-3)

Jeune diplômé de l'Ecole dentaire de Paris demande place D'OPÉRATEUR. — S'adresser à M. Boulogne, 84, boulevard Rochechouart (193-3)

CHIRURGIEN-DENTISTE de la *Faculté de Médecine de Paris*, *Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, cherche situation, soit comme OPÉRATEUR ou GÉRANCE DE CABINET. — Paris ou province, de préférence à Paris. Ecrire aux initiales X. Z. aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare. (194-3)

A CÉDER banlieue immédiate de Paris, petit cabinet, 2 matinées par semaine. Recette prouvée 4.000 fr. presque tout en soins. Loyer 300 fr. Prix 5.000 francs. Ecrire G. P aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare. (195-3)

JEUNE HOMME ayant fait 3 ans d'apprentissage *à Genève* et occupé depuis 3 ans en *Allemagne* comme **TECHNICIEN-DENTISTE**, connaissant à fond *l'allemand*, désirerait se placer *à Paris* pour le 1er avril au plus tard. Très bonnes références, offres sous chiffres 10 P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (1-1)

A CÉDER, *Sud de France*, **INTÉRÊT** dans cabinet dentaire, TRÈS BELLE CLIENTÈLE. S'adresser D. T. S, Maison G. H. Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, Paris. (2-1)

JEUNE HOMME, 25 ans, ayant fait deux ans d'études à l'École dentaire et une année chez un dentiste de Paris, demande place d'**OPÉRATEUR-MÉCANICIEN**. Paris, province ou colonies. **Faible rémunération**. — Ecrire à P. L. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (3-1)

ON PRENDRAIT DE SUITE à Paris, *cabinet quartier et clientèle aristocratiques*. — On entrerait soit avec situation et promesse de vente à époque fixe, soit en achetant ferme de suite. **AFFAIRE SÉRIEUSE**. On ne traite pas avec les agences — faire parvenir détails précis à M. Arsène G., 27, rue Turbigo, Paris. (4-1)

POUR CAUSE DE SANTÉ, à vendre dans le quartier de l'Élysée, un cabinet faisant de 15 à 18000 francs ; **CLIENTÈLE CHOISIE**, prix demandé *sans installation* 12000 fr. dont 10000 fr. comptant Écrire à E. P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare. (5-1)



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? Nº 85. — A. *Où peut-on se procurer le masque du* Dr Darin *pour anesthésie au protoxyde d'azote dont il est parlé dans le numéro de* L'Odontologie *du 15 janvier 1898 ?*

B. *Où peut-on avoir des renseignements précis à ce sujet ?*

C. *Quelles sont les contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote par ce procédé ?*

R. V.

? Nº 89. — *Où peut-on se procurer le caoutchouc pour le mode d'adhérence des plaques dentaires préconisé par M. le Dr Spyer ?*

J. L.

? Nº 92. — *Peut-on obtenir par la cataphorèse, en chirurgie dentaire, une anesthésie égale ou supérieure à celle qu'on obtient avec les injections de cocaïne, et quelle est la meilleure méthode ?*

L. S. (de Wilna).

? Nº 95. — *Les travaux du Dr Bonwill suivants ont-ils été traduits en français ; et dans ce cas dans quelle publication ont-ils paru ?*

1º *Lois géométriques et mécaniques de l'articulation.*

2º *Nouvelle méthode de palais à crochets comparée au travail à pont.*

3º *L'articulation scientifique des dents humaines basée sur les lois géométriques, mathématiques et mécaniques.*

(Un abonné).

? Nº 96. — *Un jeune dentiste peut-il se présenter comme ouvrier d'art au concours à la suite duquel il est accordé une dispense de 3 années de service militaire actif ?*

R. L.

☞ *Réponse.* — Il peut se présenter comme ouvrier fabriquant des instruments ou appareils de chirurgie dentaire. Dans ce cas il concourt, suivant les régions, soit avec des ouvriers en appareils de chirurgie et d'orthopédie et l'on peut lui demander de fabriquer par exemple un davier ou une clef de Garengeot, ou bien, dans d'autres régions, il peut être considéré comme ouvrier mécanicien-dentiste proprement dit et tenu par un jury dentaire d'exécuter un véritable appareil de prothèse. Mais il semble plus prudent de se présenter comme appartenant à la première catégorie.

G.

? Nº 97. — *Un dentiste non diplômé, successeur d'un diplômé de la Faculté de Médecine, a-t-il le droit de pratiquer sous le nom et le titre de son prédécesseur sans ajouter son nom comme successeur ? Peut-il conserver dans ses insertions dans les journaux le titre de chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, ainsi que sur sa plaque-enseigne ?*

L. E.

☞ *Réponse.* — La loi de 1892 a créé un diplôme qui donne désormais seul (sauf les dispositions transitoires) le droit de pratiquer l'art dentaire.

Exercer habituellement ou par une direction suivie, sans titre, sous le nom et avec le titre de celui à qui on succède, c'est se rendre coupable d'exercice

illégal de l'art dentaire (art. 2, Loi de 1892) et usurper un titre qui ne vous appartient pas (art. 19, même loi).

W.

? N° 98. — *Le titre de chirurgien-dentiste est-il acquis aux diplômés des Facultés de Médecine ou peut-il aussi être porté par les dentistes pratiquant en vertu des dispositions transitoires et non munis de titre officiel ?*

L. E.

☞ *Réponse.* — Les dentistes non diplômés, auxquels l'art. 32 de la loi de 1892 a maintenu le droit d'exercer l'art dentaire, n'ont pas, sous le régime de la législation nouvelle, le droit de porter le titre de chirurgien-dentiste (V. l'*Odontologie*, 1897, p. 122 et 264).

La situation de fait réservée transitoirement par l'art. 32 ne saurait équivaloir au diplôme lui-même. Il résulte de ce texte que la loi a entendu faire une distinction entre les dentistes diplômés auxquels elle confère le titre de chirurgien-dentiste, et les dentistes autorisés temporairement à continuer l'exercice de leur profession.

Cette distinction résulte aussi nettement du décret du 25 janvier 1893 rendu pour assurer l'exécution de la loi de 1892 (Trib. Seine, 10 novembre 1896 ; C. Paris, 22 décembre 1899).

W.

? N° 99. — *Combien de temps le protoxyde d'azote peut-il conserver ses propriétés ?*

☞ *Réponse.* — Ce gaz se conserve dans les cylindres un temps indéfini ; après cinq ans les résultats ont été reconnus aussi bons.

M. B.

? N° 100. — *Peut-on par les moyens légaux empêcher une femme d'insérer dans les journaux des annonces ainsi conçues* : « Mme X..., chirurgien-dentiste, élève de la Faculté de Médecine de Paris ? »

☞ *Réponse.* — La Faculté de médecine de Paris n'ayant pas d'enseignement dentaire, on peut se demander si Mme X est plus sincère quand elle prend le titre de chirurgien-dentiste.

Si elle n'est pas pourvue du diplôme ou n'est pas patentée dans les conditions fixées transitoirement par la loi de 1892, elle peut être poursuivie en vertu de l'art. 2 pour exercice illégal de l'art dentaire, ou de l'art. 19 pour usurpation de titre.

Mais en lui-même, le fait de se dire élève de la Faculté, ne constitue qu'un mensonge, et non un délit : car il n'y a délit que si l'on usurpe un titre auquel la loi attache officiellement certains avantages, et les dispositions pénales ne peuvent s'étendre par voie d'analogie.

Tout au plus pourrait-on voir là, si d'autres éléments d'une certaine gravité s'y venaient joindre, des faits de concurrence déloyale que le tribunal, qui en serait saisi par voie de citation directe, aurait à apprécier souverainement.

Mais l'issue d'un semblable procès serait douteuse, et nous ne saurions le conseiller.

W.

? N° 101. — *Est-il vrai comme je l'entends dire autour de moi que depuis le 1er janvier 1900 l'examen de grammaire soit supprimé et que le baccalauréat permette seul l'admission à l'Ecole dentaire ?*

J. R.

☞ *Réponse.* — L'examen de grammaire sera supprimé pour les étudiants en pharmacie après une session supplémentaire en mars ou avril 1900 ; on ne parle pas, jusqu'ici, de sa suppression pour les élèves chirurgiens-dentistes.

G.

DERNIÈRE HEURE

Congrès dentaire international de 1900.

Le bureau de la Commission d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 a tenu une importante réunion le vendredi 5 janvier, à l'Ecole dentaire de Paris. Tous les Présidents et Secrétaires des 11 sections avaient été convoqués.

Le Président a fait connaître l'état d'avancement des travaux de la Commission, des diverses sections et des comités nationaux étrangers, qui doit être communiqué à bref délai par voie de circulaire à tous les intéressés dans le monde entier.

L'assemblée a adopté ensuite le tableau de l'emploi du temps du Congrès, les questions qui feront l'objet d'un rapport dans les assemblées générales de la part d'un rapporteur, celles qui donneront lieu à des communications et à des discussions dans 8 sections, ainsi que la liste des cliniques, présentations et démonstrations pratiques qui seront faites dans les 3 autres sections.

La circulaire générale contenant tous ces renseignements sera envoyée avant la fin du mois et nous en publierons les parties essentielles dans un prochain numéro.

Au point où en sont les choses actuellement, on peut dire que l'organisation du Congrès est virtuellement terminée.

Le Canada et le Congrès de 1900.

Le *Dominion Dental Journal* exprime la crainte que le Canada ne soit pas représenté au Congrès dentaire de 1900. Il donne comme raison de cette abstention cette circonstance que le pays ne possède point de Fédération nationale qui puisse nommer un Comité national, à l'instar de ce que font les autres contrées, ou qui puisse par des délégués représenter effectivement la profession dentaire canadienne à Paris. Il ajoute que l'organisation d'une pareille association présente de sérieuses difficultés à cause de l'immense étendue du territoire canadien et de la faible densité de la population.

Nous pensons que, malgré cette circonstance, la participation du Canada à notre Congrès est chose très avisée. Il suffit, en effet, que les quatre sociétés dentaires provinciales de ce pays nomment chacune un ou deux délégués ; ces délégués fonctionneront ensuite comme Comité national canadien avec les mêmes droits que les autres comités nationaux, notamment celui de délivrer aux dentistes du *Dominion* le certificat d'admission au Congrès à moins qu'ils ne préfèrent considérer comme Comité national celui de la Grande Bretagne.

De toute façon, puisque notre confrère forme des vœux ardents pour le succès de l'entreprise de ses *amis de la belle France*, nous ne pouvons que souhaiter vivement que nos confrères, dont beaucoup sont presque des compatriotes, adhèrent à notre réunion sous une forme ou sous une autre.

Nous nous souvenons en effet de l'excellent accueil reçu par nos confrères français en mission au Canada, notamment de la part de M. Georges Beers, et nous désirons sincèrement nous acquitter de cette dette de reconnaissance envers nos amis canadiens.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (**L. Lemaire successeur**), 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TELEPHONE 214.53.
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. 45, r. de la République. Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. — **A. Mellottée**, successeur, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.**
Tube anesthésique. — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur.
Société chimique des Usines du Rhône. { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Présidence de M. GODON, président.

Séance du 8 août 1899.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Godon, Martinier, Sauvez et Meng.

M. Godon lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté, après modifications.

Sur la proposition de *M. Godon*, le Conseil décide que les membres présents pourront, malgré leur petit nombre, délibérer valablement, sauf ratification, par le prochain Conseil, des décisions prises.

Il décide en outre que des remercîments seront transmis à M. Lecaudey, pour son nouveau don de 1.000 francs.

M. Godon donne ensuite lecture de lettres de remercîments de MM. de Gennes et Worms et d'une lettre de M. Roy, demandant des modifications aux dispositions du règlement intérieur édictant des peines disciplinaires à l'égard des professeurs. Cette proposition est renvoyée à la Commission d'enseignement, qui établira son rapport pour un prochain Conseil.

Sur la proposition de *M. Godon,* le Conseil ratifie les décisions suivantes prises par le dernier Bureau :

a) Réparations locatives de l'appartement du 1er étage, jusqu'à concurrence de 350 francs ;

b) Travaux d'agrandissement de la grande salle de dentisterie opératoire et transfèrement du vestiaire des élèves dans le local actuellement occupé par le journal *L'Odontologie* et qui sera désaffecté ;

c) Etude et plan pour la construction d'un 3e étage sur le bâtiment actuel des cliniques ;

d) Confirmation du crédit de 1.500 francs pour les travaux d'agrandissement de la grande salle de dentisterie opératoire.

M. Godon propose de donner congé aux deux locataires du rez-de-chaussée, pour le terme d'octobre : l'une des pièces serait affectée au service du journal, qui abandonnerait son local actuel. Cette proposition est adoptée.

Le Conseil prend ensuite en considération le projet tendant à transférer la Bibliothèque dans l'autre pièce devenue disponible au départ du locataire actuel. Il décide en outre l'achat de 20 nouveaux fauteuils et de 20 casiers.

Le Secrétaire général devra écrire à MM. Haskell et Yant pour leur faire connaître les conditions auxquelles ils pourront faire un cours de prothèse.

Sont adoptés les baux M. et B.

M. Sauvez donne lecture d'une lettre de remercîments de M. Billet et donne

connaissance des rapports de M. le Président du Conseil de famille, M. Stévenin, qui se fait excuser.

Conformément à ces rapports, le Conseil prononce l'admission, comme membres de la Société, de MM. Ladoubet (34, rue Poissonnière à Paris) et Dr Mariano Ureta Cienfuegos, 111 Casilla, Santiago de Chili ; il charge ensuite le secrétaire général d'écrire au Dr R... de Constantinople pour l'informer de la plainte portée contre lui et de l'intention du Conseil d'exercer des poursuites contre lui, s'il continue, dans sa publicité, à s'intituler « diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris. »

M. Martinier donne avis que les cours de clinique de prothèse seront faits à l'avenir par M. de Marion, le lundi, par M. Billet, le jeudi et par lui-même, le dimanche.

Sur la proposition de *M. Godon*, le Conseil vote des félicitations à M. Martinier à l'occasion de sa nomination comme dentiste de l'Asile de Vaucluse.

Est adopté le programme des concours de chef de travaux pratiques du Laboratoire de prothèse, élaboré par M. Martinier.

M. Martinier signale les inconvénients résultant du roulement actuellement adopté pour les vacances des professeurs.

Le Conseil décide que la Commission d'enseignement étudiera et lui soumettra un projet de réglementation des vacances, applicable à partir de 1900.

Après examen de l'épreuve du programme de l'enseignement, la brochure est adoptée avec les modifications apportées, en tenant compte des observations de MM. les Drs Roy et Friteau et de quelques rectifications demandées par quelques membres du corps enseignant.

Des félicitations sont ensuite votées à M. le Dr Grimbert, nommé professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie.

Le Conseil décide d'attendre la publication du rapport de MM. Martinier et Sauvez, dans *L'Odontologie*, pour arrêter la date de l'assemblée générale, et fixe aux 1er et 15 octobre prochain le concours de chef de travaux pratiques du Laboratoire de prothèse.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Dr E. SAUVEZ.

Séance du mardi 26 *septembre* 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. d'Argent, Devoucoux, Martinier, Meng, Papot, Stévenin, Touvet-Fanton, Viau, Weber.

M. Viau prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

C'est la première fois que le Conseil de direction se réunit depuis les vacances scolaires ; nous ne pouvions donc adresser plus tôt de vive voix nos compliments à notre président à l'occasion de sa promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur (*Applaudissements*). Cependant, je crois avoir été l'interprète de vos sentiments unanimes en écrivant dans le Bulletin de *L'Odontologie* du 30 août que nous étions tous heureux de voir que le gouvernement avait enfin accordé à Charles Godon la récompense juste et méritée que nous sollicitions pour lui depuis

longtemps (*Applaudissements*). C'est donc en votre nom que je lui adressai nos sincères et affectueuses félicitations.

Ai-je besoin de rappeler ici que Charles Godon est mon plus vieil ami et que je suis le plus ancien confident des projets qu'il formait jadis relativement à la création d'une école dentaire? Quand par la pensée je me reporte à cette époque, hélas déjà si lointaine, où nous rêvions de voir un jour une école dentaire française pouvant rivaliser avec les écoles étrangères, nous ne pouvions certes pas espérer l'édification d'un établissement aussi important que celui qui nous abrite aujourd'hui. C'est grâce à l'activité, à la persévérance déployées par notre ami pendant plus de vingt ans qus nous devons d'avoir triomphé de difficultés sans nombre et que nous sommes arrivés au relèvement moral et matériel de notre profession. Nous sommes très heureux qu'une récompense officielle ait consacré le mérite de Charles Godon ; mais il n'était pas besoin de cela pour lui assurer l'estime et la considération de tous ses confrères, qui lui sont acquises depuis longemps (*Applaudissements prolongés*).

M. Godon. — Je vous remercie, mes chers collègues, de vos affectueuses félicitations ; je vous remercie d'autant plus que c'est à l'Ecole que je dois cette distinction. Aussi permettez-moi de me réjouir avec vous de cette distinction, car elle a un caractère collectif : elle est adressée à l'Ecole ; c'est même un nouveau succès pour l'Ecole. A cet égard je constate que la plupart des demandes que vous avez faites pour récompenser ceux d'entre nous qui se consacrent à cette institution ont été accueillies, ce qui est à la fois une consécration et un encouragement : c'est une consécration de nos efforts, de la place prise par l'Association et par le dentiste lui-même dans la société ; c'est un encouragement à continuer l'œuvre commencée et à la développer davantage. Tout se fait par groupement aujourd'hui et malheur aux isolés. Je ne cesserai pour ma part d'employer mon activité au bien de la Société.

Cette distinction est aussi un encouragement à renouveler vos demandes, car il nous reste encore des collaborateurs à récompenser (*Applaudissements*).

M. Weber donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Godon fait part du décès de M. Billebaut, aux obsèques duquel l'Ecole était représentée par MM. Paulme et Bonnard, et deux couronnes avaient été envoyées; il donne lecture de deux lettres de remercîments adressées par sa veuve.

Il fait part également du décès de Mme Chaigneau, mère d'un diplômé de l'Ecole, auquel des regrets seront exprimés.

Il fait connaître qu'un cours de prothèse d'une quinzaine de jours a lieu à l'Ecole sous la direction de MM. Haskell et Yant, de Chicago.

M. Martinier ajoute qu'il sera publié prochainement un rapport sur ce cours.

M. Godon annonce que le Conseil technique a chargé MM. Raban et Monjauze d'exécuter les travaux d'agrandissement nécessaires à l'école, ainsi que les travaux d'installation d'un appartement, et donne lecture d'une lettre de M. Raban relative à l'agrandissement de la salle de dentisterie opératoire, lettre approuvée par M. d'Argent et par lui.

M. Martinier ajoute que les travaux ont commencé le 25 septembre.

M. Godon communique une lettre du Conseil municipal annonçant une subvention de 500 francs, et des lettres de remercîments de M. Grimbert, Loup et de Marion.

Il communique ensuite une lettre par laquelle M. A. se plaint de nouveau que M. R., de Constantinople, fasse usage du titre de diplômé de l'Ecole (Renvoyé au Conseil de famille).

M. Martinier rend compte d'un achat de vingt fauteuils nécessité par les agrandissements.

Il communique deux lettres de M. Choquet relatives à des démonstrations de bactériologie et à une demande de crédit pour le laboratoire.

Il lit une lettre de M. Jeay concernant des travaux à exécuter dans les cliniques et l'emploi d'un crédit (Renvoyé au bureau).

Il demande que les élèves soient autorisés à assister à sa clinique de l'asile de Vaucluse, ainsi qu'à celle de M. Poinsot à l'asile Sainte-Anne, et que les notes qui leur seront données comptent sur leurs carnets, à condition qu'elles le soient dans la même forme qu'à l'Ecole (Approuvé).

M. Meng annonce qu'il fait une clinique une fois par mois à l'hospice des frères de Saint-Jean-de-Dieu.

M. Stévenin fait remarquer que la proposition de M. Martinier peut être étendue à d'autres professeurs qui ont également des services dans les hôpitaux.

La proposition de *M. Stévenin* est renvoyée à la Commission scolaire.

Il est procédé à la nomination du jury de concours pour une place de chef des travaux pratiques de prothèse, jury qui comprendra le directeur, président ; le professeur de prothèse, M. Martinier ; deux professeurs tirés au sort : MM. d'Argent et Billet ; deux suppléants : MM. Jean et Roy ; un délégué du Conseil : M. Viau ; deux suppléants : MM. Prevel et Sauvez.

M. Godon fournit quelques renseignements sur les travaux de la Commission du local.

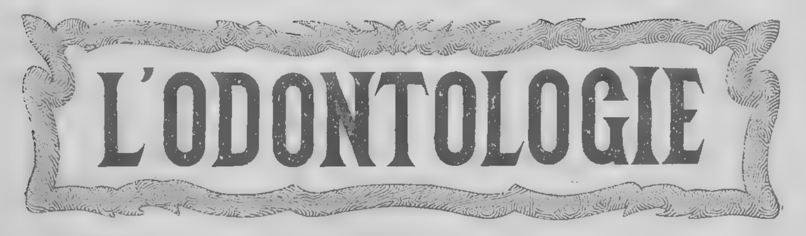
M. Martinier dépose le rapport qu'il a fait en collaboration avec M. Sauvez sur l'admission des malades, lit les décisions prises par le Conseil et introduites dans le rapport, donne lecture d'une des conclusions relative à une notice imprimée à remettre aux malades.

Après une discussion dans laquelle interviennent *MM. Papot, d'Argent, Godon, Stévenin, Weber, Martinier* et *Meng*, il est décidé que ce projet de rapport sera imprimé et envoyé en épreuves à tous les membres du Conseil, puis, après approbation en séance, tiré et adressé à tous les membres de l'assemblée générale.

La séance est levée à 11 heures 40.

Le Secrétaire général,
D[r] E. SAUVEZ.

20e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1900 VOL. XXIII



ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

FÊTE DE RÉOUVERTURE DES COURS

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR POZZI [1]

(Compte rendu analytique.)

Monsieur le directeur,
Mesdames, Messieurs,

Ne craignez rien : je n'ai pas l'intention de vous faire un discours. Après les remarquables paroles que nous venons d'entendre, où l'éloquence et l'esprit ont tour à tour fait assaut, je n'ai plus rien à dire et je croirais manquer à mon devoir en retardant la distribution des récompenses. Je ne puis cependant me séparer de vous sans vous faire connaître l'impression que m'a causée votre belle fête.

Lorsque votre directeur m'a invité à venir présider cette solennité, connaissant quelles personnalités éminentes m'avaient précédé, j'étais déjà prévenu en faveur de votre institution ; d'ailleurs j'avais pour elle depuis longtemps une véritable sympathie. Cette sympathie, en voici la cause :

1. L'abondance des matières et une erreur de mise en pages nous ont empêchés de publier plus tôt cette allocution, ainsi que la conférence de M. le Dr Roy, que nous donnerons prochainement.

J'ai beaucoup voyagé, j'ai visité les pays anglo-saxons, l'Angleterre et l'Amérique. Or, ce que j'ai admiré aussi bien au delà de la Manche qu'au delà de l'Atlantique, c'est l'esprit d'initiative qui se manifeste en toutes choses. En France nous avons trop oublié le proverbe : « Aide-toi, le ciel t'aidera », attendant tout et toujours de l'action gouvernementale. Vous autres, Messieurs, vous vous en êtes souvenus.

En face de besoins pressants, las d'attendre l'action d'en haut qui tardait, vous avez agi tout seuls ; et il est arrivé que votre entreprise a réussi et que le gouvernement l'a récompensée en lui donnant la consécration officielle, dans une certaine mesure. Eh bien, je vous félicite de votre courage et de votre initiative *(Applaudissements).*

Par la création de cette école, vous avez donné un nouvel essor à l'enseignement professionnel supérieur. Vous avez porté vos efforts du côté où ils avaient besoin d'être dirigés, en formant des praticiens connaissant à fond leur art et capables de l'exercer avec habileté. En effet, nous devons rejeter les idées anciennes qui tendaient à faire avant tout un savant de celui qui pratique l'art de guérir, dans quelque branche que ce soit. Les médecins doivent être surtout des guérisseurs, et pour cela il faut donner dans l'enseignement qu'ils reçoivent une place prédominante à la technique. C'est ce que vous avez bien compris : aussi, sans négliger de donner à vos élèves des notions de toutes les sciences qui leur sont nécessaires, vous vous êtes d'abord efforcés de les initier à toutes les manœuvres de leur art, d'en faire des praticiens consommés, et vous avez bien fait.

Cette idée de la spécialisation des diverses branches de l'art de guérir, qu'on a si vivement combattue à une époque encore récente, est fort heureusement implantée désormais chez nous comme chez nos voisins. Si pendant longtemps on est allé chercher par delà les mers des dentistes habiles, c'est que votre art n'était pas l'objet d'un enseignement professionnel spécial. Or, la science est tellement vaste qu'il faut que chaque travailleur apprenne à en cultiver un sil-

lon particulier pour être sûr de le féconder *(Applaudissements)*.

Mais vous ne faites pas seulement œuvre d'enseignement, vous faites aussi œuvre humanitaire en donnant gratuitement vos soins à des milliers et des milliers de malheureux, qui sans vous seraient exposés trop souvent à se faire estropier par des charlatans. Vous faites comme les médecins et les chirurgiens qui traitent gratuitement dans les hôpitaux et les dispensaires les déshérités de la fortune, et c'est d'abord par ce côté que vous êtes entrés dans la grande famille médicale. Vous apprenez ainsi à appliquer la plus belle assurément des qualités républicaines : la solidarité, la fraternité *(Applaudissements)*. Si les médecins sont presque tous de bons républicains, c'est parce que l'essence de la République est de se préoccuper des déshérités et de soulager les malheureux.

Vous êtes, ensuite, entrés officiellement dans la famille médicale de par la loi de 1892 qui vous a donné un titre spécial. Vous êtes, à la vérité, nos cadets, mais vous êtes nos frères. J'estime que les titres divers que nous portons ne doivent point servir à nous séparer et que tous ceux qui s'adonnent à l'art de guérir ne peuvent avoir d'autre réelle distinction que celle qui provient du mérite personnel *(Applaudissements)*.

Vos professeurs vous donnent leur temps et leur savoir sans rien recevoir en échange. Je désire leur en rendre hommage. Je désire aussi rendre hommage à votre directeur, qui se consacre à cette institution avec un dévouement que le gouvernement a si justement récompensé. *(Applaudissements)*. Je n'ignore pas que d'autres membres de votre corps enseignant seraient aussi dignes de récompenses ; soyez assurés que je ferai tout ce qui sera en mon pouvoir pour abréger leur attente *(Applaudissements)*.

J'ai fini ; je ne vous dirai plus qu'un mot : en venant ici j'avais déjà pour cette Ecole une grande estime ; en la quittant je garderai pour elle une affectueuse sympathie *(Applaudissements prolongés)*.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. Dr **Sauvez**, *président*.
Dr **Roy**, *vice-président*.
Choquet, *vice-président*.

MM. **de Marion** ✠ *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Gross, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✠. **Touvet-Fanton.** } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✠, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✠, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✠, *secrétaire général*.

MM. **Billet**, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✠, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✠, ✠, **Poinsot** ✠.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **D'Argent** ✠, **Devoucoux**, **Godon** ✠, ✠, **Lemerle**, ✠, Dr **Maire**, **Martinier**, ✠, **Ed. Papot**, ✠, **Paulme**, Dr **Sauvez**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✠.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✠ (Lyon), **Schwartz** ✠ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✠, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✠, ✠.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

Travaux Originaux

TRAITEMENT LOCAL ET IMMÉDIAT

DE L'HYPERESTHÉSIE DENTINAIRE

PAR LE MENTHOL

Par M. GEORGES MAHÉ.

Au Congrès des médecins allemands de 1896, notre éminent confrère de Brême, M. Herbst, instituait un concours international pour le traitement de l'hyperesthésie de la dentine, ce petit incident de la pratique journalière qui a de tout temps fait la terreur de toute une catégorie de patients et le désagrément des dentistes à peu près désarmés contre lui. Je sais que cette impuissance ne sera pas admise sans conteste, chacun ayant son procédé personnel, toujours héroïque ; mais je ne discuterai pas ici ce point de la question, me bornant pour le moment à penser que la généreuse initiative de notre confrère allemand, dont la haute autorité est généralement reconnue, établit péremptoirement qu'à l'heure actuelle la sensibilité dentinaire veut encore qu'on compte avec elle.

Je rappelle que les conditions exigées par M. Herbst de chacun des procédés à mettre en ligne étaient les suivantes [1] :

1° Ne pas être secret ;

2° Être nouveau ;

3° Agir sûrement et rapidement ;

4° Agir immédiatement et non par pansements successifs ;

5° N'agir que sur la dentine, sans l'altérer, — ne pas affecter la pulpe ;

1. *L'Odontologie*, 1896, p. 694.

6° Limiter son action à l'analgésie de la dentine, sans produire de désordres, de quelque nature qu'ils fussent.

Enfin il était spécifié qu'une méthode qui, sans remplir parfaitement toutes ces conditions, constituerait néanmoins une solution partielle du problème, serait accueillie, le cas échéant.

Ce fut cette dernière clause qui me décida à proposer à M. Herbst, en respectant d'ailleurs toutes les formalités fixées par lui, le *menthol*, que j'employais depuis quelque temps déjà et qui me semblait répondre d'une façon générale à l'ensemble des qualités recherchées par lui.

Je lui adressai donc le 29 juin 1898 une note dont je reproduis dans ce travail les dispositions essentielles.

Six mois plus tard, estimant que son silence équivalait à une condamnation de mon procédé, je lui demandai, par l'intermédiaire d'un ami, non dentiste, si je devais considérer ce procédé comme écarté par lui d'une façon définitive et si je pouvais, dès ce moment, lui donner la publicité, sans crainte de voir cet acte sévèrement apprécié par lui.

Notre éminent confrère voulut bien me répondre qu'il avait essayé le médicament que je lui avais envoyé, et dans lequel d'ailleurs il reconnaissait le menthol, avec des résultats excellents dans un certain nombre de cas, nuls dans certains autres, que du reste il communiquait ma note au jury et qu'il me ferait connaître sa décision.

Cette réponse, silencieuse sur le point exact qui m'importait, m'engagea néanmoins par sa conclusion à prolonger mon attente.

Aujourd'hui, dix-huit mois se sont écoulés depuis l'envoi de ma note à M. Herbst. Je pense ce laps de temps largement suffisant pour juger du traitement d'une affection aussi peu rare que l'hyperesthésie de la dentine et je conclus du silence dont il demeure l'objet que le procédé proposé par moi n'a pas répondu suffisamment aux conditions exigées du parfait anesthésique de la dentine.

Malgré ce pronostic plutôt défavorable — mais que je signale d'autant plus volontiers que, comme je l'ai déjà

indiqué et comme je le redirai plus loin, je ne prétends en aucune façon apporter la solution absolue et définitive du problème — je n'hésite pas à publier ce procédé, pour prendre date d'abord — s'il y a lieu — et aussi parce que j'estime — et la lettre de M. Herbst n'est pas pour détruire cette idée — que, si incomplet qu'il soit, il n'en est pas moins capable de rendre des *services* appréciables dans un nombre sensible de cas. Sa grande simplicité surtout me semble le recommander à l'expérimentation de mes confrères.

*
* *

Avant d'en donner la description, je juge à propos de dire, quelque inutile que cela puisse sembler au premier examen, comment j'entends, au point de vue *pratique et opératoire*, la sensibilité de la dentine, sans aborder ici le fond même de la question.

Or, au point de vue opératoire, la sensibilité de la dentine peut se présenter à deux périodes différentes de l'intervention.

Ordinairement, c'est après avoir enlevé la plus grande partie de la dentine ramollie que la curette, en tranchant celle qui se trouve en contact presque immédiat avec l'ivoire sain, éveille cette sensation bizarrement douloureuse — j'en parle en connaisseur — que tous ceux qui l'ont éprouvée trouvent la plus pénible que le dentiste puisse causer, sans en excepter l'extraction d'une dent ou l'ablation d'une radicule. Jusqu'alors, avec quelque précaution, le nettoyage de la carie avait été supportable ; mais à partir de cet instant le moindre grattage devient redoutable et fait passer un frisson dans le dos du patient. — C'est là le cas de beaucoup le plus fréquent et c'est à lui surtout que s'applique la description ci-dessous.

Mais cette même sensibilité peut se manifester avant cette période et dès le début de l'intervention. On est alors en pleine dentine ramollie, loin encore de l'ivoire sain, et cependant l'excision de cette dentine, en apparence morte,

est *douloureuse*. Cette sensibilité, pour être beaucoup plus rare que la précédente, existe cependant, et c'est, à mon avis, bien à tort que M. Dubois [1] l'a niée d'une façon un peu tranchante, pour ce motif purement *a priori* que dans la dentine décalcifiée les fibrilles de Tomes *doivent* être mortifiées.

Il suffit cependant d'une observation, même peu approfondie, pour reconnaître que les caries qui présentent cette sensibilité spéciale ont un aspect particulier. Elles sont moins une destruction par *excavation* qu'une *altération in situ* de la dentine et l'opérateur est presque toujours étonné de l'épaisseur d'ivoire ramolli qu'il faut enlever pour arriver sur le tissu dur. Il semble que le processus décalcifiant, qui d'ordinaire marche d'un pas égal avec l'ensemble du processus destructeur, ait pris ici une avance considérable. Il y a en particulier une variété de carie pour laquelle cette disposition est presque la règle : c'est la carie de la face triturante des molaires de six ans *chez les jeunes sujets*.

Il ne me répugne pas d'admettre que dans ces conditions les fibrilles n'aient pas encore eu le temps de se désagréger et qu'elles puissent subsister dans cette dentine naturellement décalcifiée, mais non encore désorganisée, au même titre qu'elles subsistent dans la dentine décalcifiée par les procédés de laboratoire. Et qu'on admette que ces fibrilles aient conservé encore leur sensibilité au sein du tissu altéré qui les environne ou qu'on accorde seulement que la persistance de la continuité anatomique leur permette de transmettre mécaniquement à la partie saine l'élongation, les tractions qui résultent du travail de la curette, on n'est pas en peine d'une explication pour un fait qu'en tous cas la clinique ne permet pas d'écarter.

Ce que je veux surtout retenir ici de cette exposition, c'est que dans ce dernier cas le menthol ne donne qu'une analgésie moins parfaite, et surtout *moins facilement obtenue* que dans le premier.

1. *L'Odontologie*, 1891, p. 201.

C'est en effet sur la dentine *saine* que le menthol agit, et il suffit de se le rappeler pour comprendre facilement que, moins sa pénétration sera parfaite, moins ses effets seront marqués.

Voyons maintenant le traitement simple de l'hyperesthésie de la dentine par ce médicament.

*
* *

Une condition *indispensable* pour le succès, et que je tiens à souligner immédiatement de la façon la plus formelle, c'est l'EMPLOI DE LA DIGUE.

Cela paraîtra peut-être contradictoire avec la *simplicité* que j'attribue à mon procédé aux praticiens trop nombreux encore, en France, qui réservent presque exclusivement l'usage de la digue à l'obturation par l'or cohésif et qui la considèrent dans la plupart des autres cas comme une superfluité, voire comme un impedimentum — et je suis de leur avis : une telle appréciation serait logique, de leur part. Je ne dis donc pas que, pour employer le menthol, je recommande de placer la digue ; je dis que je recommande le menthol à ceux qui ont l'habitude ordinaire de soigner les caries dans des conditions de siccité absolue.

La digue étant placée, après avoir excisé tout ce qui peut être excisé sans douleur de l'ivoire ramolli, il faudra, en présence d'une dentine hypersensible, commencer par *déshydhrater* la carie le plus parfaitement possible. On y arrivera facilement et rapidement par l'emploi combiné de l'air chaud et de l'alcool *absolu* [1]. Il est inutile d'insister

1. Je rappelle un procédé courant dans les laboratoires et qui d'une façon très simple permet de constater à tout moment que l'alcool absolu ne contient pas d'eau en même temps qu'il suffit à compenser la légère quantité de vapeur d'eau que ce liquide emprunte toujours à l'atmosphère au bout d'un certain temps. Il suffit pour cela de mettre au fond du flacon une petite quantité de sulfate de cuivre calciné, c'est-à-dire déshydraté. Dans cet état le sulfate de cuivre, qui sous sa forme courante se présente en cristaux d'une belle couleur bleue, offre l'aspect d'une poudre blanc grisâtre. La réapparition de la couleur bleue ordinaire est l'indice certain que l'alcool contient de l'eau, qu'il n'est plus *absolu*.

sur la nécessité de procéder avec douceur à cette première partie de l'opération, de façon à ne pas infliger au patient une sensation aussi pénible que celle qu'on cherche à lui éviter. Dans ce but je conseillerais en particulier de n'introduire dans la carie que de l'alcool légèrement chaud, résultat facilement obtenu en plongeant préalablement le flacon quelques instants dans de l'eau tiède.

La nécessité de déshydrater parfaitement la cavité s'explique par ce fait que le menthol, je le crois du moins, agit par contact direct sur l'élément sensible et que, d'autre part, il n'est pas soluble dans l'eau. Si donc on l'applique sur une surface humide, il n'agira pas puisqu'il n'arrivera pas en situation utile, je veux dire au contact de la fibrille.

La siccité obtenue, on pourra utiliser le menthol de deux façons différentes :

1°) On prendra un petit cristal de menthol d'une taille appropriée à celle de la cavité, on l'introduira dans cette cavité et, avec la poire *ad hoc*, on injectera de l'air chaud de façon à fondre, lentement, doucement ce cristal jusqu'à ce que toutes les parois de la carie soient imprégnées du liquide de fusion ; puis on évaporera de même tout le supplément de ce liquide jusqu'à ce qu'il ne semble plus subsister sur la dentine qu'un léger degré d'imprégnation.

Dans un grand nombre de cas, cette simple manœuvre, très courte, très supportable pour le patient, car le menthol fond et se volatilise à basse température, suffit à amener le résultat cherché.

Dans d'autres cas — c'est affaire d'observation et de doigté de le reconnaître — l'analgésie est meilleure selon qu'on s'arrête avant la demi-évaporation du menthol ou qu'on l'achève complètement. Quelquefois, il convient, après être allé jusqu'à l'évaporation complète par l'air chaud, de recommencer une seconde, une troisième application, car il est des dentines plus rebelles. Mais ce sont là des nuances vite reconnues et qui ne changent rien à l'opération elle-même.

2°) On peut utiliser, au lieu des cristaux, une solution très forte de menthol dans l'alcool *absolu* (je crois utile de dire que les solutions dans l'alcool à 95° ont une efficacité très inférieure). Le mode d'emploi est d'ailleurs le même. Mais ce que je crois bon d'ajouter, c'est que chacune de ces variantes du même procédé présente, selon les dentines, une supériorité marquée, que souvent on réussit avec l'une, après avoir échoué avec l'autre et que dans les cas difficiles on doit toujours les essayer toutes deux.

L'analyse produite par ces manœuvres est parfois superficielle — non toujours — et après avoir ruginé une certaine épaisseur de dentine, on peut retrouver de la sensibilité douloureuse : on en est quitte pour une nouvelle application.

Il est également indiqué de faire une seconde application quand, après avoir enlevé à la curette l'ivoire altéré on se dispose à tailler, avec la fraise, dans la dentine saine une rainure ou des points de rétention.

La cavité préparée et terminée, il faut la laver largement à l'alcool tiède et la sècher complètement avant de l'obturer, afin de ne pas appliquer la matière obturatrice sur une surface imprégnée de menthol et à laquelle elle pourrait mal adhérer. La grande volatilité du menthol rend d'ailleurs son élimination totale rapide et facile.

Tel est le *modus faciendi* pour le cas le plus fréquent, celui où la sensibilité de la dentine se manifeste au moment où l'on va procéder au curettage *des parois* et à leur préparation définitive.

Dans le cas où c'est, au contraire, la dentine ramollie qui est sensible, l'opération est moins facile et le succès moins complet, d'abord parce que l'épaisseur des tissus à déshydrater est trop grande pour que cette condition *essentielle* soit parfaitement remplie, ensuite parce que le menthol a un chemin plus long à parcourir pour parvenir sur le tissu sain. Dans ce cas, je conseille de sectionner d'abord dans son épaisseur (au lieu de la gratter à sa surface) la dentine ramollie, à l'aide d'un excavateur étroit et bien tranchant.

Cette opération n'est pas douloureuse parce que de cette façon on sépare les fibrilles, sans les trancher, sans les tirailler, et l'on ouvre ainsi des voies de pénétration au liquide déshydratant et à l'agent analgésique.

Quelle est l'analgésie obtenue par ce procédé ?

En supposant qu'on l'applique exclusivement à des dentines réagissant douloureusement au plus faible curettage et sur lesquelles la fraise semble un instrument inapplicable, je dirai que dans la grande majorité des cas, après le traitement par le menthol, la rugine est devenue *complètement indolore* et la fraise *supportable* et que dans cet ivoire, qui deux minutes plus tôt ne supportait pas le grattage de l'excavateur, on peut facilement pratiquer, par exemple, une rainure circulaire avec une fine fraise en roue. J'ai dans un grand nombre de cas obtenu ce résultat de la façon la plus nette.

Mais, ce que je dois ajouter, c'est qu'on ne l'obtient pas toujours. Il est probable en effet qu'il n'y a pas *une sensibilité de dentine* toujours la même, mais *des dentines sensibles* pour des raisons diverses et encore mal connues. Et le menthol qui agit fort bien sur ce que j'appellerai la *sensibilité vraie* de la dentine, celle que je crois due à un état particulier de la fibrille de Tomes, semble beaucoup moins actif dans les autres. C'est là pour moi une raison de croire, quoi qu'on puisse penser que cette opinion n'est pas absolument désintéressée, qu'il n'existe peut-être pas *un* traitement général applicable à tous les cas.

Sans être en possession de documents précis, je crois pouvoir donner la progression suivante comme l'expression de la réalité :

Dans 50 à 60 o/o des cas l'action est parfaite, telle que je viens de le dire. Il m'a paru qu'il s'agissait toujours alors de la sensibilité de la *vraie* dentine.

Dans 20 à 30 o/o des cas *en apparence* de même nature, l'action est encore très appréciable, mais moins complète : la rugine est devenue supportable, mais la fraise reste pénible.

Enfin j'avoue que dans le reste des cas on obtient un insuccès plus ou moins complet et caractérisé par cette double constatation :

1° Que la dent était bien sèche au moment de l'application ;

2° Que le menthol a bien pénétré jusqu'à la dentine saine.

Le plus souvent cette absence d'effet utile m'a semblé due soit à une inflammation de la pulpe sous-jacente, soit plutôt encore à une sensibilité généralement exagérée du patient, à la crainte de la douleur plus qu'à la douleur vraie. Mais je ne cherche pas à équivoquer et je déclare que j'ai eu des cas de sensibilité de dentine en apparence légitime dans lesquels le menthol ne m'a rien donné.

Je n'apporte donc pas une panacée universelle, ce qui me met à l'aise pour déclarer que je crois proposer un remède d'une réelle valeur. Je n'offre pas le menthol comme l'anesthésique parfait et toujours efficace de la dentine sensible, mais comme un analgésique très souvent précieux dans l'état actuel de la question.

Il est une objection qu'on ne manquera pas de faire : c'est que la déshydratation soigneuse de la carie suffit très souvent à avoir raison de la sensibilité de dentine. C'est très vrai ; nul autre que moi n'en est plus convaincu et ne s'étonne davantage qu'on utilise aussi peu une méthode aussi simple. Mais ce que je sais également fort bien, c'est que la véritable hyperesthésie résiste à la simple dessication ; et c'est précisément à ces derniers cas que se rapporte ce que je viens de dire du menthol, car il va de soi que, si simple qu'en soit l'application, je ne la fais que dans les caries dont la sensibilité n'a été que peu diminuée par la déshydratation ou même n'a pas été diminuée du tout.

J'ai dit que le menthol me semblait répondre assez bien dans les grandes lignes aux qualités exigées d'un bon analgésique de la dentine. Il résulte en effet de ce qui précède que son *action* est *rapide*, puisqu'elle est pour ainsi dire immédiate et qu'il n'est pas nécessaire de laisser s'écouler de temps d'attente entre son application et le curettage de la cavité.

Cette action est parfaitement *limitée à la dentine* ou plus exactement aux fibrilles de l'ivoire. Appliqué directement sur la pulpe, le menthol peut calmer les douleurs de la pulpite, mais il ne donne pas d'anesthésie opératoire utilisable. Par contre, il ne provoque rien qui ressemble à une altération de la vitalité de cet organe.

Elle est également *temporaire ;* la dent, débarrassée du menthol, a retrouvé dans une séance ultérieure toute sa sensibilité. C'est là une forte présomption qu'il n'a sur la pulpe aucune action secondaire fâcheuse. J'en trouve une preuve absolue dans ce fait que, depuis plus de deux ans que je l'utilise, je n'ai pas eu un seul cas de mortification pulpaire imputable à son emploi, et cependant je m'en suis servi en particulier dans deux cas où la pulpe était visible par transparence au travers d'une lamelle d'ivoire extrêmement mince.

J'oserai même, au risque de sembler tomber dans l'exagération, ajouter que, même abstraction faite de ses qualités analgésiantes, l'emploi du menthol ne peut être qu'excellent dans la carie du deuxième degré avancé. Ce médicament constitue en effet un des meilleurs antiseptiques volatils, non toxiques : c'est, ne l'oublions pas, l'antiseptique de choix pour les fosses nasales. Et les conditions de siccité absolue dans lesquelles je recommande de l'employer assurent mécaniquement sa pénétration dans les canalicules de l'ivoire.

J'ajouterai que le menthol n'a aucune propriété caustique, ni décalcifiante. Il remplit donc au moins l'indication capitale : *primum non nocere.*

Je demande, après ces indications d'intérêt général, à aborder rapidement un point qui m'intéresse plus personnellement.

Le menthol est-il un *médicament nouveau ?* — Cela dépend de la façon dont on entend les choses et les mots.

Ce n'est pas sans un certain étonnement que j'ai vu [1]

---

1. *L'Odontologie*, 1898, II, p. 355.

M. Schwartz interpréter la condition de *nouveauté* exigée par M. Herbst dans un sens général et absolu et penser que notre confrère allemand était à la recherche d'un produit qui ne fût « ni connu, ni en usage ». — A ce point de vue, le menthol est assurément loin de compte.

Mais j'avoue qu'il ne m'était pas venu à l'idée qu'il pût être question de créer d'abord de nouveaux corps chimiques jusqu'au moment où l'on en aurait obtenu un qui remplît toutes les autres conditions du concours. Sur ce point, je pense avec M. Schwartz que, pour y parvenir, « il faudrait peut-être la durée d'une existence humaine » — et même de plusieurs. Comme il me semble d'autre part difficile d'admettre qu'un esprit aussi judicieux que M. Herbst ait pu sans hésiter imposer une disproportion aussi énorme entre le but fixé et les moyens de l'atteindre, je pense avoir été bien inspiré d'interpréter ses conditions dans le sens relatif et contingent et d'avoir entendu : un médicament qui fût « nouveau » *quant au traitement de la sensibilité de dentine.*

A ce point de vue restreint, le menthol est-il un médicament *nouveau ?*

Je le pensais en 1898 et je le pense encore ; mais, ainsi que je le déclarais à M. Herbst, je ne saurais l'affirmer absolument.

Il me semble au contraire étrange que ce camphre très connu, dont les propriétés analgésiantes signalées par Delioux de Savignac ont été proposées pour le traitement de la gastralgie, de l'entéralgie, *de la pulpite* et *même pour l'extraction des dents,* et sont couramment employées contre le prurit et la sensibilité laryngo-bronchique, n'ait pas été expérimenté dans une affection où tout pour ainsi dire a été essayé.

La seule chose que je puisse affirmer, c'est qu'il n'est pas à l'heure actuelle à ma connaissance que cela ait été fait et que je n'ai trouvé dans la littérature dentaire française aucune trace d'une telle idée.

M. Viau a l'amabilité de me signaler que lui aussi a eu, il y a déjà quelque temps, l'occasion de remarquer et d'utiliser les propriétés analgésiantes du menthol sur la dentine sensible.

Son procédé diffère sensiblement de celui que je viens d'exposer, ce qui s'explique surtout par ce fait qu'il a été primitivement imaginé dans un but tout différent.

M. Viau fait le mélange suivant :

Iodoforme...................................	1 partie
Menthol......................................	9 —

et le fait fondre à une douce chaleur dans un petit tube à essai. Il obtient ainsi un liquide sirupeux, jaune clair, d'odeur iodoformée très atténuée ; coulé sur une plaque de verre, il se prend rapidement en une masse solide facile à fragmenter.

Le *menthol-iodoformé* servit d'abord à M. Viau à obturer les chambres pulpaires après le traitement des troisième et quatrième degrés, et même, croit-il, la partie la plus accessible des canaux. Pour cela, après avoir séché et même *chauffé* à l'air chaud les parois de la chambre, il y place un fragment de menthol-iodoformé et le fond doucement, toujours à l'air chaud, mais sans aller naturellement jusqu'à l'évaporation. Le liquide se répand dans la cavité et l'obture en se refroidissant, ce qui a lieu presque instantanément.

Par une coïncidence assez curieuse, j'emploie moi-même parfois dans ce but une *naphtaline iodoformée*, de tous points analogue au menthol iodoformé de M. Viau, mais d'odeur plus désagréable. C'est un procédé qui me semble supérieur à toutes les pâtes antiseptiques qui ont été proposées pour l'obturation des canaux, de l'asepsie desquels l'opérateur ne peut se porter garant.

Ce qui est plus intéressant pour notre sujet, c'est que M. Viau a eu l'idée d'employer ce mélange sur des dentines hypersensibles et que, dans les *dents jeunes*, les cavités centrales des molaires de six ans, par exemple, il en a obtenu les meilleurs résultats.

L'iodoforme a assurément des propriétés analgésiantes connues, et qu'il doit à son radical méthane, mais ces propriétés sont assez faibles et lentes à se manifester. Il me semble donc que l'effet analgésique instantané du menthol iodoformé est dû, et M. Viau n'en doute pas d'ailleurs, surtout au menthol.

C'est donc là une confirmation de ce que je viens d'en dire et je ne puis que remercier M. Viau de m'avoir si aimablement fourni un témoignage aussi précieux qu'autorisé.

G. MAHÉ.

L'AURIFICATION[1]

Rapport présenté à la Société d'Odontologie de Paris

PAR MM. RICHARD-CHAUVIN, professeur, et Dr PONT, ancien élève de l'Ecole Dentaire de Paris

(*Séance du 7 novembre 1899.*)

(*Suite*)

OR MOU OU OR NON-COHÉSIF

Les cavités favorables à l'obturation par l'or mou peuvent se diviser en deux classes : cavités simples et cavités compliquées. Les cavités simples comprennent toutes celles qui comportent un seul orifice ; ce sont en première ligne les faces triturantes, puis les caries latérales franchement limitées à la face primitivement atteinte.

Les cavités compliquées pouvant être obturées à l'or mou sont, au contraire, formées de deux ouvertures à bords perpendiculaires et parallèles entre eux. On se trouve alors en présence de deux cavités réunies, auxquelles il ne manque, pour pouvoir être traitées séparément, que l'angle qui limite les faces triturante et latérale. La construction de cet angle constitue une réelle difficulté, si l'opération est faite exclusivement avec l'or mou.

CAVITÉS SIMPLES

Faces triturantes. — Nous supposerons que la cavité est toute préparée et nous étudierons successivement les qualités qu'elle doit offrir au point de vue de sa profondeur, de son fond, de ses parois, de ses bords et de sa forme ; mais auparavant nous devons dire que nous n'envisagerons pour le moment que l'aurification par la méthode des cylindres.

Profondeur. — La profondeur ne doit pas être exagérée. En effet avec les cylindres très longs la pression exercée

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 janvier 1900.

pour opérer le tassement sur leur partie libre risquerait de ne pas être transmise à toute la masse. Il est difficile de donner des chiffres pour délimiter la profondeur d'une cavité ; elle doit être un peu proportionnelle au diamètre de son orifice ; nous pouvons dire cependant que dans aucun cas elle ne doit être supérieure à cinq millimètres et inférieure à deux, sinon l'on risquerait, dans le premier cas, d'avoir ce tassement insuffisant dans les couches profondes, et dans le second, outre la difficulté d'exécution des cylindres, l'aurification n'aurait pas beaucoup de chances de tenir.

Fond. — Le fond doit toujours être aussi plat qu'il est possible et si, pour une raison quelconque, on ne peut pas le rendre tel avec la fraise, on devra le recouvrir d'une couche plus ou moins épaisse de ciment. Cette dernière aura en outre l'avantage, dans les caries avancées du deuxième degré, d'empêcher les sensations trop directes de chaud et de froid sur la pulpe.

Parois. — Les parois doivent présenter deux qualités :

1° Etre suffisamment résistantes pour supporter la pression nécessaire au bas tassement de l'or.

2° Etre parfaitement unies, perpendiculaires au fond de la cavité et par conséquent parallèles entre elles. Toute paroi oblique serait une cause d'irrégularité dans le tassement des cylindres, qui fatalement se disposeraient en éventail. On pourra dans certains cas donner à la cavité une légère forme en queue d'aronde, mais sans jamais tomber dans l'exagération.

Il est superflu d'ajouter après cela que les sillons ou les rainures de rétention sont absolument inutiles. Toutefois, dans les cavités superficielles, très étendues en surface, une rainure circulaire un peu prononcée est nécessaire. Cela s'explique par le peu de contact de l'or aux parois, celles-ci n'existant pour ainsi dire pas.

Bords. — Les bords doivent être également très résistants et très unis ; c'est là d'ailleurs une indication générale pour toutes les obturations ; aussi nous n'y insisterons pas.

Forme. — D'après ce que nous venons de dire, on voit

que la forme idéale de la cavité doit être celle d'un cylindre parfait. Il est rare cependant que la carie affecte cette forme et il serait absolument inutile et souvent même impossible, dans le cas de lésions étendues, de la créer artificiellement. Il suffit de pénétrer dans les angles rentrants en les arrondissant, de créer en quelque sorte une cavité polycyclique. — On n'aura plus ainsi un seul cylindre, mais un certain nombre de cylindres contigus et parallèles.

Lorsque la cavité est profonde, à fond irrégulier, à parois excavées, on la ramène à la forme cylindrique en tapissant non seulement le fond comme nous l'avons déjà vu, mais aussi les parois avec du ciment. Celui-ci devra toujours s'arrêter à la naissance de l'émail, dont il ne sera que la continuation de la surface vers le fond. En définitive toute cavité destinée à être obturée à l'or mou devra être peu profonde, cylindrique, à fond plat et à parois résistantes.

PRÉPARATION DE L'OR

Lorsque nous décrirons le manuel opératoire, nous verrons les différentes manières de préparer et d'employer l'or mou. Pour le moment nous ne nous occuperons que de la méthode des cylindres qui, selon nous, est la méthode de choix et doit être la seule employée.

Instruments. — Les instruments indispensables pour préparer les cylindres sont : une spatule, un coussin et un instrument quelconque, équarrissoir par exemple, pour rouler les bandes.

Les ciseaux ne sont pas indispensables, car, au lieu de couper la feuille d'or, on peut la déchirer en la fixant entre deux lames de carton ou, plus simplement, dans le cahier même.

Le couteau à or, tel qu'on le trouve chez les fournisseurs, a l'inconvénient d'être trop flexible et d'un maniement peu commode. Le meilleur est celui qu'on fabrique soi-même avec une lamelle de bois, d'os ou d'ivoire, de forme rectangulaire et ayant une longueur de 25 à 30 centimètres, une largeur de 4 à 5 centimètres et une épaisseur de 2 ou 3

millimètres. On use un des bords de manière à obtenir une lame aiguë et l'on a ainsi une sorte de coupe-papier à lame triangulaire qui constitue un excellent couteau à or.

On trouve aussi chez les fournisseurs les coussins en forme de boîte, mais qui, généralement, ne sont pas rembourrés d'une façon suffisamment résistante et qu'on peut d'ailleurs fabriquer également soi-même. Pour rouler les cylindres on peut se servir d'un mandrin spécial à extrémité bifide ou plus simplement d'un équarrissoir de bijoutier. D'ailleurs tout instrument à extrémité arrondie ayant un diamètre d'un millimètre environ remplira les conditions voulues.

Préparation des cylindres. — Les cahiers d'or de White numéro 4 sont ceux que nous préférons pour l'or mou ; le 5 et le 6 peuvent aussi être employés, mais le tassement se fait certainement moins bien, même dans les très grandes cavités.

La feuille d'or est employée tout entière ou bien fractionnée en deux ou en trois parties, suivant la grosseur des cylindres que l'on veut obtenir.

La feuille d'or est placée sur le coussin et pliée régulièrement en plusieurs doubles pour obtenir un ruban d'une largeur déterminée par la profondeur de la cavité. D'une façon générale on peut dire que les cylindres doivent dépasser la cavité d'environ 1 millimètre; mais on comprend aisément que plus la carie est profonde, plus les cylindres doivent déborder. C'est là d'ailleurs une question de coup d'œil qu'on acquiert vite et facilement. Mais il faut bien savoir qu'il est presque aussi nuisible à la bonne conduite de l'opération de mettre de l'or en excès que de pécher par défaut.

On roule le ruban autour de l'équarrissoir et l'on obtient un cylindre au centre duquel se trouve un vide correspondant au diamètre de l'instrument. Ce vide, relativement grand, facilite beaucoup le placement de l'or.

Si le ruban a été roulé en spirale, il est facile de donner au cylindre la régularité parfaite en le pressant légèrement entre les doigts ou entre les précelles aux deux extrémités de son grand axe.

Obturation proprement dite.

Avant de décrire la méthode de choix, nous allons dire quelques mots sur chacune des diverses méthodes d'obturation à l'or mou. Quelques-unes sont encore employées par certains opérateurs; néanmoins nous ne les décrirons pas longuement, car toutes peuvent être remplacées avantageusement par la méthode des cylindres.

Boules. — On roule entre les doigts, comme pour faire des boulettes de papier, des fragments de feuilles d'or n° 4 ou n° 5. Ces boules doivent être peu serrées et de volume de plus en plus petit. La plus grosse, qui doit avoir à peu près le volume de la cavité, est introduite jusqu'à ce qu'elle touche le fond. On opère alors le tassement avec des fouloirs de plus en plus gros et en allant du centre à la périphérie. On obtient ainsi un trou médian qu'on comble avec une deuxième boule plus petite. On condense celle-ci comme la première et l'on continue de la sorte jusqu'à ce que la cavité soit totalement remplie.

Les aurifications faites par ce procédé ne sont pas toujours très solides et celles qui tiennent finissent presque toutes par s'excaver à la surface.

Cordelettes. — On prend une feuille d'or ordinaire (n° 4 ou 5) et on la coupe en bandes, plus ou moins longues suivant le diamètre de la cavité. On roule dans un linge chacune de ces bandes de façon à obtenir une cordelette très peu serrée. On prend une extrémité de la cordelette avec la pince et on l'introduit dans la cavité en l'appliquant fortement contre une paroi. On la plie à un ou deux millimètres au-dessus du niveau des bords de la cavité et on l'applique contre la portion déjà placée. On continue ainsi le remplissage par couches successives toujours perpendiculaires au fond de la cavité.

Rubans. — Au lieu de rouler la feuille d'or, on la plie en rubans et l'on opère le remplissage de la même façon.

Lanières. — On se sert ici de feuilles très épaisses, depuis le n° 20 jusqu'au n° 60 ; on les coupe en lanières plus

ou moins larges, suivant le volume de la cavité, et l'on opère comme avec les cordelettes et les rubans.

Blocs. — On plie une feuille d'or ordinaire en plusieurs doubles de façon à obtenir une certaine épaisseur et l'on coupe la feuille ainsi réduite en bandes d'une largeur un peu plus grande que la profondeur de la cavité. Ces mêmes bandes sont coupées ensuite en petits carrés ou en triangles. Les blocs ainsi préparés ont l'inconvénient d'avoir des bords déjà durcis par l'action des ciseaux.

MÉTHODE DES CYLINDRES OU MÉTHODE DE CHOIX

Instruments. — Après avoir préparé la cavité dans les conditions voulues et des cylindres appropriés, on se met à l'abri de la salive, soit au moyen de la digue si l'aurification paraît devoir être longue, soit simplement en entourant la dent avec de petits rouleaux de coton.

Avant de commencer le remplissage on s'assure que tous les instruments nécessaires sont disposés sur la tablette à la portée de la main de l'opérateur.

Ces instruments sont peu nombreux du reste ; pour les cas ordinaires deux suffisent généralement : une pince-fouloir et un fouloir à gros manche. Dans certains cas il est nécessaire de se servir des condensateurs de Flagg ou de Gaillard. Nous allons donc successivement décrire chacun de ces instruments.

Pince-fouloir. — La précelle à or de White employée pour l'or adhésif peut être utilisée ici ; néanmoins il est préférable d'en avoir une réservée pour l'or mou. Celle-ci, de même forme que l'autre, devra cependant être un peu plus forte et plus résistante. Elle sert à placer les cylindres côte à côte et à les tasser les uns contre les autres, de manière à laisser le moins de vide possible entre eux. Il est bon d'avoir en outre à sa disposition deux instruments à bout pointu et résistant : l'un presque droit pour les dents du haut et l'autre coudé à angle droit pour les dents du

bas. Ces deux derniers instruments, lorsqu'on a un peu l'habitude de l'or mou, peuvent être supprimés et suppléés par la pince-fouloir. Ils servent à s'assurer que le tassement est parfait et, dans le cas contraire, à faire une place suffisante pour ajouter un nouveau cylindre.

Fouloirs. — Il y a une foule d'instruments de ce genre; les plus employés sont les fouloirs de Bing et ceux de Richard-Chauvin. Ceux de Bing ont des manches trop petits et ne donnent guère plus de force que les fouloirs employés pour l'or adhésif. Il faut, si l'on veut obtenir un tassement aussi parfait qu'il est possible, employer une certaine force et pour cela avoir des instruments à manche relativement volumineux. A ce point de vue les fouloirs de Richard-Chauvin sont bien préférables, car ils sont munis d'un gros manche en bois.

La collection se compose de sept instruments : trois pour les dents supérieures (fig. 1. A. B. C.), quatre pour les dents inférieures (fig. 2 et 3. D. E. F. G.); les premiers sont coudés : l'un en baïonnette (B.), les deux autres à angle légèrement obtus (A. C.) ; les autres sont coudés à angle droit (D. E. F.) à un centimètre et demi environ de leur pointe. Le dernier (G.), qui est coudé aussi à angle droit, a de plus un manche courbé de façon à obtenir plus de force à la pression.

Ces fouloirs ont une pointe arrondie ou carrée et de volume variable. Ils peuvent servir non seulement pour les cavités de face triturante, mais dans certains cas pour celles des faces linguales, buccales et mésiales lorsqu'elles sont facilement accessibles. Dans le cas contraire, il faut servir pour la condensation des instruments de Flagg ou de Gaillard.

Les daviers condensateurs de Flagg et les condensateurs articulés de Gaillard reposent sur le même principe, avec cette seule différence que les premiers ont la forme des daviers et les autres ont plutôt la forme d'une pince.

Les instruments de Gaillard ont cet avantage que, grâce à un système spécial d'articulation, toutes les branches des pinces sont interchangeables ; de cette façon on peut

obtenir toute une série d'instruments s'appropriant merveilleusement à tous les cas.

Gaillard a encore inventé un instrument connu sous le nom de condensateur simple du Dr Gaillard. « Il se com-
» pose d'un disque en acier dont la face supérieure est
» garnie d'un bouton de caoutchouc résistant, quoique
» souple, et quadrillé, et dont la face inférieure est munie



Fig. 1.

» d'une tige d'acier.

» La pointe active de cette tige peut être changée à
» volonté suivant la force à employer, la surface à con-
» denser et la destination qu'on lui assigne. C'est ainsi
» qu'on peut remplacer les pointes à condenser par des
» brunissoirs. » (Andrieu.)

Cet instrument doit être manié avec d'autant plus de précaution et de douceur que la force active est plus considérable.

C'est le patient, qui en contractant ses masticateurs, opère lui-même la condensation de l'or ; mais si l'opérateur épargne

ainsi sa force musculaire, son attention doit être plus grande, il doit agir avec douceur et ne faire augmenter l'effort que

Fig. 2.

progressivement, sinon les échappées sont fréquentes, et le tassement mal dirigé se fait dans de moins bonnes conditions.

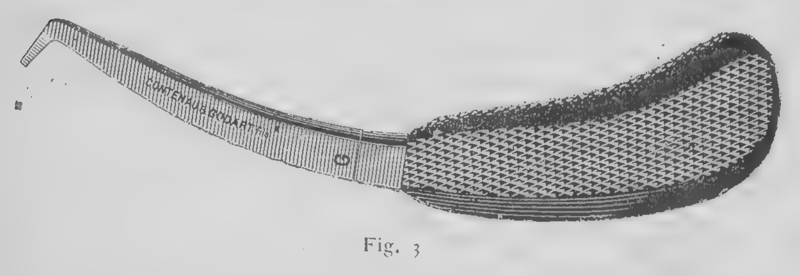


Fig. 3

Les échappées proviennent de la direction oblique que prend fréquemment l'instrument dans les mouvements de

pression exécutés par le patient. Cela est très compréhensible si l'on considère que les dents des deux mâchoires ne se rencontrent pas sur une direction perpendiculaire au plan masticateur. On peut donc dire que ces instruments obéissent à une force inconsciente et aussi qu'ils sont inutilisables dès que l'antagonisme n'existe plus ; ce sont les seules critiques à leur adresser, et il est bon de noter que le cas échéant on peut les employer avec succès.

Construction de l'aurification.

Cavités simples [1].

1° *Remplissage de la cavité.* Les principes de ce premier temps de l'aurification sont les suivants :

1° Placer les cylindres de façon que leur grand axe soit perpendiculaire au fond de la cavité ;

2° Conserver toujours le parallélisme des cylindres ;

3° Tasser les cylindres avec la pince-fouloir suivant leur grand axe et sans détruire le parallélisme ;

4° Procéder au remplissage de la cavité en allant d'arrière en avant et en finissant contre la paroi antérieure.

Ce dernier principe n'est pas admis par beaucoup d'opérateurs, qui préfèrent placer les cylindres en allant de la périphérie au centre ; mais avec un tel procédé il est difficile de conserver le parallélisme exact des cylindres et d'éviter leur chevauchement : la condensation est par ce fait moins parfaite et l'aurification moins solide. Comme on est obligé d'employer des cylindres de petit diamètre, la durée de l'opération est plus grande, les points de contact des blocs d'or sont multipliés, et par conséquent aussi les vides à combler. Néanmoins en agissant de la sorte on peut, avec l'habitude, arriver à faire de bonnes et durables aurifications, mais nous croyons qu'on y parvient plus facilement avec le procédé que nous décrivons. Ici on opère mieux le tassement latéral des cylindres, car on n'a qu'une surface à surveiller et à maintenir ; on peut employer des cylindres aussi gros qu'il est possible et dont le parallélisme est par

---

1. V. Fig. 1, pl. I.

Planche I.

Cavité classique de face triturante



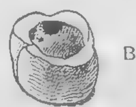
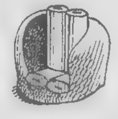


Fig. 1.

A. Deux cylindres en position. B. Masse foulée avec place pour le cylindre clou.

Méthode de trois positions de cylindres





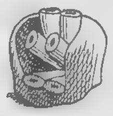
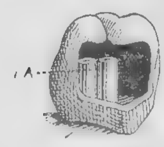


Fig. 2.

C. Cavité préparée pour différentes positions de cylindre. D. Cylindres horizontaux et perpendiculaires. E. 3 positions de cylindres : horizontaux, perpendiculaires, obliques.

Méthode mixte



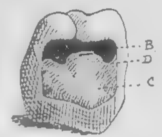


Fig. 3

A. Cylindres d'or mou, position avant le tassement. C. Or mou tassé. D. Points de rétention. B. Cavité prête à recevoir l'or adhésif.

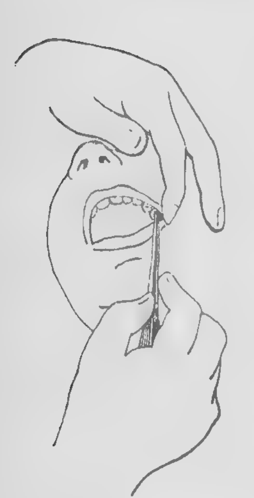


Fig. 4.
Position pour le haut



Fig. 5.
Position pour le bas

conséquent plus facile à conserver et enfin on s'assure aisément du bon tassement contre les bords. Lorsque les cylindres ne sont pas complètement tassés contre un bord, le vide qui existe forme une ombre projetée qui est caractéristique. Il faut donc s'assurer avant de commencer le tassement vertical que les cylindres sont bien parallèles et bien serrés les uns contre les autres. Il ne reste plus alors qu'à mettre ce que nous appellerons *le cylindre-clou.*

Avec la pince-fouloir ou avec un instrument pointu et résistant on crée un vide entre les derniers cylindres qu'on vient de placer. On roule immédiatement un petit cylindre entre le pouce et l'index de façon à le rendre très dur et très résistant, on l'introduit ensuite dans le vide obtenu, et à ce moment seulement on commence la condensation.

Nous ferons remarquer que le cylindre-clou doit entrer à frottement doux afin qu'il puisse pénétrer jusqu'au fond de la cavité, mais sans laisser d'espace libre entre lui et les cylindres voisins.

Condensation. — L'emploi des maillets à main ou automatiques doit être formellement rejeté. Non seulement comme nous l'avons déjà dit, le maillet est une cause d'ébranlement et de douleur, mais il ne donne qu'un tassement superficiel et tout à fait insuffisant. La condensation sera donc faite exclusivement avec les instruments de Richard-Chauvin ou de Gaillard.

On commence les manœuvres de condensation par les cylindres placés en dernier lieu et par conséquent par le cylindre-clou. On continue ainsi en suivant exactement les bords de la cavité, mais en ayant soin que le fouloir ne touche pas et n'effrite pas l'émail.

Lorsqu'on a condensé tout le pourtour de la cavité, on avance peu à peu vers le centre par lequel on doit toujours terminer [1].

---

1. Il faut faire cette condensation pour ainsi dire en deux fois et ne faire tout d'abord qu'une condensation incomplète. En effet, si la pression sur les premiers cylindres était trop forte, on risquerait de trop les tasser aux dépens des autres et l'on aurait alors un excès d'or sur un bord et un vide sur l'autre.

On doit se servir au début d'un fouloir à pointe un peu plus volumineux, pour terminer par le plus petit.

Il est facile de comprendre en effet que, pour obtenir le maximum de condensation, il faut, pour terminer l'opération, abandonner les pointes à larges surfaces, qui, en déplaçant une plus grande quantité de matière, rencontrent une plus grande résistance au détriment de leur progression vers le fond de la cavité.

Si les échappées sont difficiles à éviter avec le condensateur simple de Gaillard, il n'en est pas de même avec les condensateurs articulés et avec les fouloirs à main.

Avec ces derniers, pour éviter toute fatigue et toute échappée capable de briser les bords ou de blesser les muqueuses, l'opérateur devra prendre la position suivante, s'il s'agit d'une dent de la mâchoire supérieure : le bras gauche entoure la tête du patient et la maintient parfaitement immobile ; on ne craint pas de cette façon de fatiguer le patient, on sent la force que l'on déploie et les échappées sont moins à redouter. Ces dernières seront d'ailleurs évitées si l'on a soin de prendre un point d'appui sur les dents voisines avec le pouce de la main droite.

S'il s'agit d'une dent de la mâchoire inférieure, l'opérateur se place en face du patient et saisit le maxillaire inférieur dans sa main gauche, le pouce sur l'arcade dentaire et les autres doigts sous le menton. On interpose entre ce dernier et le bord inférieur du maxillaire un linge plié en plusieurs doubles afin d'éviter toute douleur par compression. Ici c'est le pouce de la main gauche qui aura comme rôle d'éviter les échappées du fouloir, tandis que le pouce droit sera maintenu sur le dos du fouloir et servira exclusivement à la condensation.

Lorsque la condensation est achevée, s'assurer si elle est égale partout. Au moyen d'un fouloir cunéiforme ou d'un instrument quelconque à extrémité pointue et résistante on cherche à pénétrer dans la masse. Généralement lorsqu'on a suivi les conseils et les règles que nous venons de donner on n'y arrive pas ; dans le cas contraire on fait pénétrer

l'instrument le plus profondément possible et l'on pratique alors dés pressions dans tous les sens de façon à obtenir le plus grand vide possible. On comble ce dernier avec un nouveau cylindre-clou et l'on recommence la condensation.

Cavités latérales, labiales ou linguales à un seul orifice.

Ces cavités se montrent fréquemment sur les faces latérales des molaires, parfois aussi avec des bords solides sur celles des incisives et des canines. Lorsque la forme, les bords, le fond, etc., etc., réunissent toutes les conditions que nous avons décrites à propos des faces triturantes, l'or mou est la meilleure obturation qu'on puisse leur appliquer.

Mais ces conditions doivent être rigoureusement les mèmes ; ce sont bien, en effet, exactement les mêmes cavités placées dans une situation différente. Aussi on peut leur appliquer non seulement la description des cavités que nous avons faite, mais aussi celle de l'opération tout entière. Une seule chose diffère, c'est la condensation ou plutôt les instruments employés pour l'opérer.

Il ne peut plus être question ici de se servir des condensateurs pour les faces triturantes qu'exceptionnellement, c'est-à-dire, pour les instruments de Richard-Chauvin, que lorsque les cavités sont très accessibles (faces linguales ou labiales, faces latérales auprès desquelles manque la dent contiguë) et d'opérer sur des dents suffisamment résistantes pour n'être pas décapitées par la force qu'on doit déployer ; les instruments indiqués sont les daviers condensateurs. On peut employer les divers modèles de Bing, Flagg, etc ; mais ceux que nous préférons à tous sont les pinces articulées de Gaillard, dont nous faisons un usage constant. Les mors sont admirablement adaptés pour le but à remplir ; de plus, étant interchangeables, ils se prêtent à toutes les combinaisons et favorisent toutes les positions : ce sont véritablement des instruments de choix. La seule critique qu'on puisse leur adresser, c'est la trop grande flexibilité des branches, qui sont trop frêles et trop rectilignes.

Pour opérer le tassement on doit choisir, suivant le cas,

l'un des organes spéciaux qui s'adaptent à la branche mère pour servir de point d'appui. La branche active doit être choisie de manière à ce que le diamètre de sa pointe soit en rapport avec l'étendue de la matière à fouler. Comme avec les condensateurs à main, il est toujours bon de terminer avec les pointes les plus petites.

Pour ces aurifications comme pour celles des faces triturantes, le polissage s'opère de la façon la plus simple : un coup de meule pour niveler et le brunissoir à côtes monté sur le tour pour finir.

Cavités complexes [1].

L'or mou est quelquefois indiqué pour les caries intéressant deux faces de la couronne. En effet, l'emploi de cette substance est encore possible ici ; mais il est plus difficile et nécessite une grande habitude et une certaine habileté. Aussi est-il préférable dans la plupart des cas de faire une aurification mixte, c'est-à-dire de commencer avec l'or mou et de terminer avec l'or adhésif. Néanmoins dans les cas favorables l'or mou donnera d'excellents résultats et permettra, comme pour les cavités simples, de faire vite et bien.

Lorsque la carie a atteint et détruit deux faces de la couronne, la cavité, une fois préparée, représente assez bien un prisme triangulaire. Il est difficile, sans nuire à la solidité des parois, de transformer cette cavité prismatique en une cavité cylindrique.

Nous supposerons alors par la pensée que nous sommes en présence de deux cavités adjacentes, perpendiculaires l'une à l'autre et dont le bord contigu ferait défaut.

Cela posé, voici comment on devra disposer les cylindres pour procéder à l'obturation : on placera une première couche de cylindres contre l'un des bords, le grand axe de chaque cylindre étant comme toujours parallèle à ce bord ; on procédera de même pour le bord opposé. On remplira ainsi la cavité couche par couche, mais en ayant soin chaque fois de diminuer la divergence des cylindres de telle

1. V. Fig. 2, C, D, E, pl. I.

façon que, la cavité une fois remplie, il ne reste plus, au milieu, qu'un petit espace vide qui sera rempli par un ou deux gros cylindres-clous. Ainsi placés, les cylindres ont dans leur ensemble une disposition en éventail, mais remplissent exactement la cavité. La rétention sera obtenue au moyen d'une rainure circulaire pratiquée dans le voisinage de l'émail.

Le tassement sera commencé ici également par le cylindre-clou, mais en ayant soin plus que jamais de le faire progressivement et en plusieurs temps.

De telles aurifications ne sont pas faciles à exécuter et demandent une certaine habitude dans la pratique de l'or mou; mais elles donnent de bons résultats : nous avons eu l'occasion de revoir des dents ainsi traitées par l'un de nous depuis plusieurs années et dont les aurifications n'avaient subi aucun changement [1].

POLISSAGE ET BRUNISSAGE

Lorsqu'on s'est assuré que la condensation est parfaite, on brunit rapidement la surface avec un gros brunissoir à côtes monté sur le tour. Ce premier brunissage a pour but de compléter le tassement des cylindres, qui arrivent ainsi à ne plus former qu'une seule et même masse.

Le brunissage, comme la condensation, doit être fait de la périphérie au centre. On passe ensuite au polissage, afin d'obtenir une surface unie et d'enlever l'excès d'or. Pour cela on se sert de meules à gros grains montées sur le tour. Ces meules, variables suivant la grandeur de la cavité, doivent pour chaque cas être choisies aussi grosses qu'il est possible, de façon à meuler pour ainsi dire d'un seul coup toute l'aurification.

---

1. Nous avons eu également l'occasion de voir deux aurifications faites par ce procédé : une en démonstration par M. Heidé après trois années; tout en recevant le choc articulaire de la dent antagoniste, elle était absolument irréprochable.

Même observation sur l'aurification d'examen exécutée avec nous par un élève dès la première année où cette méthode fut introduite à l'École par l'un de nous. Après 8 années de services elle ne présentait nulle trace de désorganisation ou d'affaissement.

En se servant de meules aussi volumineuses qu'il est possible, non seulement on gagne du temps, mais on obtient une surface plus unie et plus polie.

On s'assure ensuite, surtout s'il s'agit d'une face triturante, qu'il n'y a pas de gêne dans l'articulation et l'on termine en brunissant une dernière fois avec un brunissoir à côtes aussi gros qu'il est possible et monté sur le tour.

MÉTHODES MIXTES D'OR MOU ET OR ADHÉSIF, D'OR MOU ET ÉTAIN, D'AMALGAME ET OR ADHÉSIF

Or mou et or adhésif [1].

Dans nombre de cas les deux méthodes peuvent se combiner utilement. Ici le gain de temps est considérable et l'obturation peut être parfaite à tous les points de vue. Certaines cavités présentent à leur base une forme parfaite pour condenser l'or mou, mais ne pourraient être terminées par cette méthode en raison de l'absence d'une paroi. Il nous est arrivé d'obturer ainsi une grosse molaire inférieure qui a demandé neuf feuilles d'or. Grâce à l'emploi de cinq feuilles d'or mou, qui ne nous ont pas demandé plus de quelques minutes pour être condensées parfaitement, l'opération a été terminée, polissage compris, en 1 h. 20 minutes. Elle a été commencée et finie en présence de M. Glatz, un de nos diplômés, dentiste à Saint-Pétersbourg, qui, ayant été notre élève, avait déjà eu l'occasion d'apprécier les résultats de cette méthode. Des opérations ainsi faites depuis une douzaine d'années conservent encore à l'heure actuelle les apparences d'un travail récent, après avoir supporté les chocs articulaires résultant de la mastication. Je me propose, si le temps nous le permet, de faire séance tenante une expérience dans ce sens qui sera beaucoup plus concluante que toutes les explications.

Or mou et étain.

Quelques mots sur l'emploi combiné de ces deux substances seront suffisants. L'étain se travaille comme l'or mou.

---

1. V. Fig. 3, pl. I.

On peut faire des cylindres d'or et des cylindres d'étain à part et les placer alternativement dans la cavité. Celle-ci étant comblée, la condensation s'opère de la même façon que pour l'or mou ; on peut également placer l'une sur l'autre une fraction de feuille d'étain et d'or, les plier ensemble et rouler le ruban ainsi formé pour obtenir un cylindre mixte. Mêmes procédés de placement et de condensation. Nous ne trouvons pas de grands avantages à cette méthode, car l'étain est loin de présenter une masse aussi dure que l'or. Aucun motif ne nous porte à croire qu'on puisse espérer d'aussi bons résultats de ce procédé mixte que de l'emploi exclusif de l'or.

Pour nous résumer et conclure nous dirons :

Que l'or ne s'adapte pas dans de bonnes conditions à tous les cas et qu'il est souvent bon de lui préférer telle ou telle substance qui remplit mieux le but en l'occurrence, mais qu'aucune de ces substances ne peut présenter les mêmes chances de solidité et de durée et contribuer aussi heureusement à la conservation de l'organe ; qu'on doit par conséquent préférer l'or toutes les fois que la dent atteinte pourra supporter la condensation, toutes les fois que le malade pour des raisons personnelles n'indiquera pas formellement une autre substance ;

Que nous donnons la préférence à l'or mou sur l'or adhésif toutes les fois que le cas où l'on peut pratiquer cette opération est nettement indiqué. Toutes choses égales d'ailleurs, l'expérience nous a démontré que, si l'or donne une obturation parfaite qu'on revoit sans accrocs au bout de 15, 18, 20 ans et plus, les mieux conservées des aurifications sont celles faites avec l'or mou.

Nous pouvons montrer, et nous avons montré, du reste, à des confrères, des aurifications d'or mou faites depuis 15, 18, et 20 ans ; n'étant pas prévenus de l'époque à laquelle ces opérations remontaient, ils ont estimé qu'elles étaient récentes, qu'elles dataient de quelques mois, une année peut-être. Ainsi donc, au bout de 15 à 20 ans, des obturations d'or mou étaient aussi lisses, polies, adhérentes aux bords, im-

pénétrables à la pointe aiguë ; les dents obturées étaient parfaites, de coloration normale, indiquant bien que si, d'une part, la préparation de la cavité avait été complète, l'or, d'autre part, n'avait permis aucun travail de désagrégation. L'or adhésif, tout en se présentant magnifiquement après plusieurs années, ne laisse la plupart du temps aucun doute sur son âge et nous avons parfois vu dans des dents antérieures l'auréole foncée indiquant qu'au bout de longues années la pénétration s'était faite.

Faut-il incriminer la préparation dans les cas dont nous parlons et qu'il nous a été donné de voir? Nous ne le pensons pas: 1° parce que la valeur, l'habileté et l'honnêteté des praticiens qui les avaient construites ne pouvaient être discutées ; 2° parce que la valeur du travail lui-même excluait d'emblée toute pensée de négligence. Il semblerait alors que la matière étant moins malléable, moins compressible par conséquent, ne s'applique pas aussi hermétiquement contre les parois.

Cette enquête personnelle peut n'être pas assez concluante pour entraîner nos confrères. Comme appoint, nous nous souvenons que des expériences déjà anciennes ont été faites sur des dents aurifiées par les deux méthodes. Les dents furent placées et laissées pendant quelque temps dans l'encre. Les obturations défaites, on constata que la liqueur s'était infiltrée entre l'or adhésif et la dentine qui était colorée ; les dents aurifiées avec l'or mou étaient indemnes. Cela dit et en admettant que les deux méthodes donnent sensiblement les mêmes résultats, l'or mou doit être préféré toutes les fois qu'on peut l'employer, à cause de l'économie de temps et de fatigue qu'il procure.

Si nous prenons une cavité de face triturante contenant quatre feuilles d'or, l'obturation par l'or adhésif, pour être parfaite, prendra environ 1 heure. Avec l'or mou un praticien très entraîné peut employer cinq minutes à qualité égale.

En ce qui concerne notre méthode mixte, nous affirmons qu'aucune forme d'or ne peut donner la même rapidité et la même certitude de perfection.

Nous estimons que dans les cas favorables, c'est-à-dire ceux où, grâce à la forme de la cavité, on peut insérer plus d'or mou que d'or adhésif, le gain de temps est environ des deux tiers ; quand on emploie l'or mou entièrement, il est environ des huit dixièmes. Economiser dans de pareilles proportions son temps et sa fatigue, le temps et la fatigue de ses malades, avec la certitude d'obtenir des résultats absolument satisfaisants, nous semble suffisant pour justifier les préférences que nous avons énoncées.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Manuel du chirurgien-dentiste. Notions générales de pathologie, par le Dr AUGUSTE MARIE, ancien interne des hôpitaux de Paris et ex-professeur suppléant à l'École dentaire de Paris, avec une préface de M. le professeur agrégé Launois.

Pour compléter la liste de ses manuels du chirurgien-dentiste, M. Godon nous donne aujourd'hui le premier livre d'une série de deux volumes de science médicale pure, préparatoires à l'étude des sciences spéciales traitées dans les cinq manuels déjà publiés.

Le premier volume traitant de l'histologie, de l'anatomie et de la physiologie, est à l'impression et paraîtra d'ici peu ; le deuxième volume, qui fait aujourd'hui son apparition a pour titre « *Notions générales de pathologie* », et pour auteur M. le Dr Auguste Marie, le sympathique professeur de pathologie à l'École dentaire de Paris, actuellement directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople.

M. le professeur agrégé Launois en est le parrain et dans une courte préface le présente au public professionnel.

Condenser en quelque trois cents pages la pathologie générale, toute la pathologie médicale et chirurgicale, ne pas négliger la bactériologie, si importante désormais, étudier les maladies des régions qui peuvent intéresser le chirurgien-dentiste, choisir et extraire de toutes ces matières les parties réellement utiles et les mettre à la portée de l'étudiant, n'était pas un problème facile à résoudre, il faut en convenir. M. le Dr A. Marie l'a résolu d'une façon heureuse ; nous ne pouvons que l'en féliciter.

Dans une première partie consacrée à l'étude des maladies générales infectieuses et non infectieuses — après avoir passé en revue dans un chapitre intitulé « prolégomènes » les notions actuelles de pathologie générale et de bactériologie — l'auteur étudie :

1° Les affections traumatiques en général ;
2° Les complications des traumatismes ;
3° Les maladies infectieuses ;
4° Les maladies non infectieuses.

La deuxième partie, réservée aux affections des principaux appareils, comporte l'étude :

1° Des affections des muqueuses et de la peau ;
2° Des maladies des os ;
3° Des maladies des articulations ;
4° Des maladies de l'appareil respiratoire ;

5° Des maladies du cœur ;
6° Des maladies des vaisseaux ;
7° Des maladies du sang ;
8° Des maladies du foie ;
9° Des maladies du rein ;
10° Des maladies du système nerveux ;

Elle se termine par l'étude des affections de deux régions qui peuvent être intéressantes pour le chirurgien-dentiste, c'est-à-dire :

Les maladies de la gorge ;

Les maladies de la région du cou.

Ces deux derniers chapitres forment la transition entre les maladies générales traitées dans ce volume et les maladies de la bouche et des dents étudiées dans le manuel du Dr Frey.

Dans tout le cours de son travail l'auteur s'est appliqué « à laisser de côté toute question manquant de relations, même éloignées, avec les affections buccales et dentaires », de façon à faire de cet ouvrage de pathologie un manuel pratique. Que M. le Dr Marie reçoive nos félicitations pour cette bonne inspiration ; son livre vient ainsi compléter d'une façon heureuse et réellement utile la petite encyclopédie publiée à l'usage du chirurgien-dentiste, sous la direction du directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

G. Gross.

Fusion de journaux professionnels anglais.

The British Dental Journal, publication mensuelle, et *The Dentist*, publication hebdomadaire, deux de nos confrères anglais, viennent de fusionner et paraîtront désormais sous ce double titre. Toutefois ce changement de nom ne comporte aucun changement de programme ; seul, le nombre de pages de ce journal dentaire sera augmenté.

Don de mémoires.

M. Luis Subirana Matas a bien voulu nous faire hommage de deux mémoires qu'il a présentés au Congrès de Barcelone en septembre dernier et qui ont obtenu chacun un premier prix. Ces mémoires ont pour titres : « Considérations sur les travaux à pont » et « Influence de la presse sur la culture professionnelle ».

Nous remercions l'auteur de cet envoi intéressant et nous le félicitons de son succès mérité.

La thérapeutique intégrale.

Signalons l'apparition d'un nouvel organe mensuel consacré à l'étude de la médecine hermétique, de l'homœopathie et de l'électro-homœopathie, ayant pour titre : *La Thérapeutique Intégrale,* sous la direction du Dr Gérard Encausse. Le premier numéro contient de très intéressantes notes sur l'école de Paracelse, par le Dr H. Frey. Abonnement : 2 fr. par an pour la France ; 3 fr. pour l'Etranger. — Administration, 3, rue de Savoie, Paris.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Monsieur le rédacteur en chef,

Ayant fait contrôler mes machines à vulcaniser, j'ai pu, grâce à l'amabilité de l'ingénieur des mines, me procurer les renseignements ci-joints en ce qui concerne nos autoclaves.

Je pense être utile aux lecteurs de *L'Odontologie* en vous adressant ces renseignements pour les publier dans un des prochains numéros.

Je vous prie d'agréer, etc.

P. MONNIN.

PETITES CHAUDIÈRES AUTOCLAVES POUR APPAREILS DENTAIRES

Le décret du 30 avril 1880 sur l'emploi des générateurs et récipients à vapeur, autres que ceux placés à bord des bateaux, s'applique à tout générateur (c'est-à-dire à tout *vase clos* dans lequel l'eau est *chauffée* et *vaporisée*).

Nos vulcanisateurs sont de petites chaudières *autoclaves* et ces dernières doivent être considérées comme de véritables chaudières (Prévu par la Circulaire ministérielle du 21 juillet 1880). Or l'article 2 dit : « Aucune chaudière ne peut être mise en service qu'après avoir subi » l'épreuve réglementaire... Cette épreuve doit être faite *chez le constructeur et sur sa demande.* »

L'épreuve doit être renouvelée tous les *dix ans* : « Avant l'expiration de ce délai *celui qui aura fait usage* d'une chaudière à vapeur » doit lui-même demander le renouvellement de *l'épreuve* (art. 3).

» Toute chaudière à vapeur destinée à être employée à demeure ne » peut être mise en service qu'après une *déclaration* adressée *par celui* » *qui fait usage* du générateur au Préfet du département. Il en est « donné acte. »

(Déclaration à adresser en deux expéditions *sur papier libre (l'une*, sur papier timbré dans le département de la Seine).

Déclaration :

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous déclarer que je possède à mon domicile à rue n° (nombre) petites chaudières autoclaves identiques qui m'ont été fournies sous les n^{os} et par M. constructeur à (adresse exacte).

Ces chaudières ont la forme cylindrique, avec couvercle creux hémisphérique ; leur capacité est de (quantité) et leur surface de chauffe de (indiquer la superficie).

Le numéro du timbre réglementaire est de 7 kilos.

Ces chaudières sont destinées à la vulcanisation des appareils dentaires.

Veuillez agréer, etc.

(A la rigueur il faudrait une déclaration spéciale pour *chaque appareil*; dans le département de la Seine c'est même exigé).

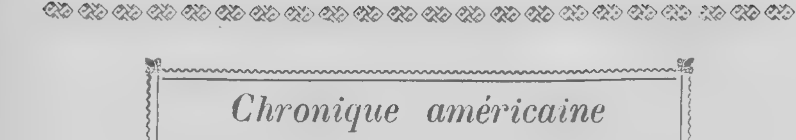
La *déclaration* et les demandes *d'épreuves* et renouvellement d'épreuves en temps utile sont les seules formalités à remplir pour les chaudières en général.

Pour nos vulcanisateurs en particulier, il faudrait nous assurer d'abord que notre constructeur n'a pas déjà demandé et obtenu, d'une manière générale, *dispense* d'une partie des appareils de sûreté prévus par le règlement et qui n'existent pas tous sur nos autoclaves, car, *s'il ne l'a pas fait, nous devons adresser, au Préfet* également, une *demande de dispense* (à la suite de la déclaration, si nous voulons) constatant que : « nos chaudières étant munies d'une soupape de sûreté, d'un manomètre, de l'ajutage réglementaire, avec une bride de 4 cm. de diamètre et 5 m/m d'épaisseur destinée à recevoir le manomètre vérificateur servant aux épreuves, et enfin d'une tubulure, pouvant être ouverte et fermée et servir d'appareil de contrôle du niveau d'eau... nous demandons que ces chaudières soient dispensées des autres appareils prévus par les articles 6, 8, 9 et 11 du décret du 30 avril 1880, par application de l'article 35 dudit décret. »

Cette dispense nous sera très probablement accordée, car il y a des précédents.

Néanmoins, pour l'avenir et d'une manière générale il faut que nous exigions TOUJOURS *de notre constructeur, au moment de la livraison*, non seulement la présence sur toute chaudière du *timbre poinçonné*, constatant que l'épreuve réglementaire a été subie, mais encore une *attestation* que cette chaudière est entièrement conforme au *type* de chaudière pour lequel il aura obtenu dispense d'une partie des appareils de sûreté prévus par le décret de 1880 (dispense accordée par décision ministérielle... en date du...) cette *Décision* devra nous être communiquée si nous l'exigeons et même, au besoin, copie pourrait nous en être délivrée.

Les appareils que portent actuellement nos vulcanisateurs (y compris la bride réglementaire) paraissent être réduits à leur strict minimum, et il est peu probable qu'on accorde une dispense plus complète.



SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE

DISCOURS DU PRÉSIDENT

M. O'Brian, président de la Société dentaire américaine d'Europe, a prononcé le discours suivant à la 26e réunion annuelle de la Société tenue à Bruxelles le 7 août dernier.

Pendant les dernières années la question de la politique professionnelle a donné lieu à tant de réflexions de la part des membres de la Société que je me bornerai à l'examiner.

Il y a vingt-cinq ans que notre Société fut fondée sur le Righi par les pionniers de la dentisterie américaine en Europe, hommes d'un grand savoir et d'une grande habileté professionnelle qui par leurs méthodes de traitement scientifiques et consciencieuses surent non seulement gagner le respect et la sympathie de leurs patients, mais s'assurèrent à l'étranger et assurèrent à leur profession une réputation digne d'envie.

A cette époque ces pionniers étaient occupés à instruire leurs patients d'une manière lente, mais sûre ; ils démontraient ainsi à l'Europe la nécessité et les avantages d'un traitement dentaire convenable pour combattre et terrasser la maladie et ils établissaient le prestige de la dentisterie américaine en Europe.

Depuis ce temps jusqu'aux dernières années l'Europe était ouverte à tout dentiste américain qui y venait et entreprenait cette œuvre de missionnaire ; mais tout praticien n'était pas disposé à abandonner son foyer, sa famille, ses amis pour s'établir dans un pays étranger, aux habitudes et aux usages duquel il était complètement inaccoutumé. Toutefois ceux qui le faisaient étaient des hommes intelligents, instruits, et à la longue des honneurs bien mérités les récompensaient de leurs efforts honnêtes et pénibles.

Notre annuaire montre que beaucoup d'entre eux sont encore des membres actifs et honorés de notre Société. Les autres noms sont ceux de leurs successeurs, qui ont hérité d'une organisation si solidement et si parfaitement établie. Chacun des noms de cette liste est celui d'un travailleur sérieux, qui s'est toujours efforcé et s'efforcera toujours de rester au niveau élevé qui a été atteint, en conservant ainsi la réputation de notre profession au dehors. Beaucoup de

ces noms sont ceux, non pas d'Américains, mais d'Européens, qui, profitant des bienfaits de notre enseignement dentaire, sont allés en Amérique et ont conquis honnêtement le titre que nous honorons et qui leur donne le droit d'être respectés et reçus par nous comme des confrères. Mais, malgré tout, un changement graduel s'est produit et aujourd'hui toute l'Europe est fermée aux dentistes américains désireux d'y exercer à l'avenir, s'ils ne sont pas pourvus d'un grade conféré par les universités indigènes.

Le degré de D. D. S. impose le respect ; cela est manifestement prouvé par ce fait que tant de nos confrères vont en Amérique pour l'obtenir et que tout charlatan met sur une enseigne quelconque les mots *dentiste américain* en grosses lettres.

Qu'est-ce qui nous a fermé ainsi brusquement l'Europe ? Est-ce parce que presque toutes les deux maisons de certains quartiers des grandes villes sont garnies de grandes enseignes en couleur portant ces mots qui détonnent ainsi sur la beauté de ce qui les entoure ? Je demandais un jour à un praticien que je savais n'avoir nullement le droit de se parer du titre de dentiste américain pourquoi il le prenait et il me répondit : « Parce que j'applique les méthodes américaines. » Bien entendu l'Amérique et ses universités n'ont aucune juridiction sur un cas de ce genre, mais il en est d'autres sur lesquelles elles ont de la compétence : ceux des soi-disants dentistes américains, qui n'ont jamais vu l'Amérique et sont cependant pourvus de diplômes aussi authentiques que les vôtres ou le mien.

Notre ami le Dr Erich Richter, de Berlin, nous a montré une liste de très nombreux noms de dentistes américains *in absentia*, qui sont allés en Amérique et en sont revenus après six semaines avec une instruction dentaire, comme le prouve leur diplôme, et beaucoup d'entre eux ne savent pas ou n'ont jamais su un mot d'anglais.

Un autre genre de trompeur encore plus condamnable, c'est celui du charlatan américain qui a une ambition commerciale au lieu d'en avoir une professionnelle et a fondé des cabinets dentaires et fait de la réclame pour ses produits et son habileté de bien des façons. L'un de ces établissements m'a particulièrement frappé : c'est celui d'un dentiste qui a placé dans une vaste vitrine un plateau rempli de pièces en vulcanite d'occasion et portant une pancarte avec ces mots : « Au choix de 1 fr. 25 à 6 fr. 50. » Cet homme s'intitule dentiste américain.

Pensez-vous que cette situation soit particulière à l'Europe ? Si vous le croyez, voici une histoire qui m'a été racontée par un de mes patients, un noble qui fait partie de l'état-major de l'empereur d'Allemagne. Il parcourait les rues d'une de nos plus grandes villes et remarqua un grand rassemblement devant la devanture d'un de nos

grands magasins. Sa curiosité fut éveillée et il s'approcha ; voici ce qu'il vit : toute la vitrine représentait le cabinet d'opérations d'un dentiste et dans un fauteuil était assis un patient qu'opérait un dentiste américain pour l'édification de la foule ébahie et l'agrandissement du magasin.

Des dentistes honnêtes ont travaillé péniblement pendant des années pour établir un niveau d'instruction susceptible de faire considérer les dentistes gradués comme des membres de la profession médicale exerçant une spécialité de la médecine. Voici deux anecdotes dues à deux médecins américains qui m'ont rendu visite à Dresde. Le premier, un praticien marquant de la ville de Providence, après avoir examiné mon cabinet d'opérations un moment, me fit observer que des nombreuses enseignes qu'il avait vues, il concluait que la dentisterie devenait un métier très populaire ». Le second, praticien distingué de Detroit, attendant dans mon salon, y prit un numéro du *Dental Cosmos* et le parcourut et me dit ensuite qu'il ne supposait pas qu'on pût écrire autant sur la dentisterie.

Je vous en ai dit suffisamment; à mon avis l'Europe a raison de prendre les mesures qu'elles a prises et le seul moyen de nous l'ouvrir de nouveau, c'est de faire cesser la mauvaise situation de nos institutions américaines et de les élever toutes au même niveau.

J'apprends qu'à Chicago il y a plus de trente établissements qui enseignent la dentisterie et chacun d'eux a une licence de l'Etat d'Illinois. La loi de l'Etat porte que si trois hommes demandent l'autorisation d'ouvrir un établissement d'enseignement, ils peuvent l'obtenir en payant un droit de 125 fr. qui est la seule condition imposée. Les degrés conférés par quelques-unes de ces écoles ne permettent pas au gradué d'exercer même dans la ville où il a été gradué, à moins qu'il ne subisse un examen devant un jury d'examinateurs d'Etat, qui ont le droit de refuser un candidat s'ils jugent qu'il puisse plus tard préjudicier à leurs propres intérêts. Pour se rendre compte de la confiance que la profession accorde aux collèges et à ces jurys, il suffit de lire le numéro de juillet des *Items of interest*.

Plus je parle sur ce sujet, plus je le trouve inépuisable, et la difficulté est de savoir où m'arrêter ; mais quelques mots encore et je rouverai comment finir.

C'est en partie, si non beaucoup, grâce aux efforts de notre Société que l'Association nationale des Facultés américaines a été fondée et se réunit cette année à Niagara Falls. M. Bryan est là, avec d'autres délégués, pour dire à cette Association combien nous déplorons la situation qui existe en Amérique actuellement et pour coopérer avec elle à y apporter les réformes si nécessaires.

Il me semble qu'au lieu d'imposer aux étudiants deux examens sé-

parés avant de les autoriser à pratiquer il vaudrait mieux établir un conseil national qui étudierait à fond les titres et grades des gens qui demandent une licence pour enseigner, et si le niveau était élevé aussi haut que dans beaucoup de pays d'Europe, il n'y aurait que très peu de nos écoles auxquelles on permettrait d'ouvrir leurs portes. Voilà un sujet de réflexions personnelles et j'espère que notre Société s'efforcera de l'appuyer, non seulement en le présentant, mais au besoin en imposant des réformes qui rendent la pratique impossible sous de fausses couleurs.

MONUMENT A HORACE WELLS

A la 34e réunion annuelle de l'Association dentaire américaine à Old Point Comfort, en août 1894, M. J. D. Thomas, de Philadelphie, avait demandé la nomination d'un comité de neuf membres pour étudier et proposer dans cette réunion des mesures propres à célébrer[1] dignement au mois de décembre suivant le 50e anniversaire de la découverte de l'anesthésie par Horace Wells. Le comité fit un rapport concluant à la tenue d'une réunion commémorative à Philadelphie, où deux communications seraient lues : l'une sur « l'application de l'anesthésie à la chirurgie et ses bienfaits pour l'humanité », par M. James E. Garretson de cette ville, l'autre sur « l'histoire de l'anesthésie » par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

Le 11 décembre 1894, 50e anniversaire de cette découverte, cette réunion commémorative eut lieu ; elle comprenait un nombre considérable de représentants éminents de la profession, et le *Dental Cosmos* en rendit compte dans son numéro de janvier 1895.

A l'issue de la réunion M. Robert Huey, de Philadelphie, demanda la nomination d'une commission pour examiner la question d'un monument à Horace Wells à Washington. Cette proposition fut adoptée et l'exécution du buste en bronze de ce dernier confiée au sculpteur Scott Hartley, de New York. Ce buste est, au dire des membres de la famille, très ressemblant.

Le prix du buste et du piédestal, s'élevant à 5000 fr. environ, a été couvert par des souscriptions dans le monde dentaire américain.

Ce buste a été érigé en décembre dernier dans la bibliothèque du musée médical de l'armée et de la marine à Washington. Nous le reproduisons ci-contre d'après la publication qui en a été faite par le *Cosmos*.

---

1. La Société d'Odontologie de Paris s'est associée à cette célébration par un vote qui a été transmis au Comité américain.

PLANCHE II.





. M. Lehmans. — Mme Bailly. — Mme Blatter.

Nous apprenons le décès de M. Lehmans (Bernard), chirurgien-dentiste à Saint-Jean-d'Angely, diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, membre de l'Association générale, mort prématurément à 29 ans.

Nous apprenons également le décès de Mme Bailly, épouse de notre confrère de Blois, membre de l'Association; de Mme Blatter, grand'-mère d'un de nos jeunes confrères, membre aussi de l'Association.

Nous exprimons nos bien sincères regrets aux familles des défunts.



Nomination dans la Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination de M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique, au grade de commandeur de la Légion d'honneur et la nomination de MM. Générès, chef de bureau au même Ministère, et Durand, secrétaire de l'Académie de Paris, comme chevalier du même ordre.

Nous adressons nos bien vives félicitations aux deux nouveaux promus.

La Rédaction.

Mariage de M. Amand Wilbert.

Nous apprenons le mariage de notre confrère, M. Amand Wilbert avec Mlle Jeanne Couturier.

Nous adressons toutes nos félicitations aux jeunes époux.

E. P.

Suppléments de publicite.

Nous inaugurons dans ce numéro, en faveur de nos fournisseurs, des suppléments spéciaux et périodiques de publicité destinés à un tirage supplémentaire. — Ceux d'entre eux que ce mode de publicité pourrait intéresser devront traiter de gré à gré avec l'administrateur-gérant.

Avis relatif au recouvrement des cotisations.

Les membres de l'Association générale des dentistes de France et les membres de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris *habitant la France* sont informés que les reçus de cotisation pour 1900 (1er semestre) seront présentés à domicile *à partir du 10 février prochain.*

M. le Trésorier leur serait reconnaissant de vouloir bien donner des instructions pour que, en cas d'absence, il soit fait bon accueil à la présentation de la quittance.

Les sociétaires *domiciliés dans les colonies ou à l'étranger* sont priés de vouloir bien adresser le montant de cette même cotisation (10 francs) au trésorier, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Adresse du Trésorier : JULES D'ARGENT, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Avis relatif aux « Demandes et offres ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent rigoureusement lui parvenir par la poste *avec l'adresse ainsi libellée :* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur,* sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

AVIS

Le Comité d'organisation de la souscription destinée à offrir un objet d'art à M. Godon vient de faire publier dans un recueil très élégant le compte rendu de la fête du 29 octobre, les discours prononcés et la liste des souscripteurs. Ce recueil contient en outre en photogravure un portrait de M. Godon.

Nous prions tous les souscripteurs ou adhérents au banquet de bien vouloir retirer ce volume numéroté et portant leur nom chez M. Bonnard, 46 rue Lafayette.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.

Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. / CHATEAUROUX.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 14, rue de Stassart, BRUXELLES. / 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. / *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

CHIRURGIEN-DENTISTE de la *Faculté de Médecine de Paris*, **DIPLOMÉ ET CHEF DE CLINIQUE** d'une *Ecole dentaire de Paris*, s'offre comme ASSOCIÉ ou pour DIRIGER UN CABINET à Paris. Ecrire aux initiales M. O. Monde dentaire, 9, rue de Londres, Paris. (183-7)

ON DEMANDE pour une grande ville de l'Ouest un OPÉRATEUR BON MÉCANICIEN, de préférence *chirurgien-dentiste*. Ecrire à D.D.N. aux soins de M. Ed. Papot 67 rue Saint-Lazare, Paris. (188-5)

POUR CAUSE DE DÉPART, à céder sur le *littoral* cabinet faisant 14 à 15.000 francs d'affaires dans la *saison d'hiver*, soit 7 mois, du 1er novembre à fin mai. On ferait davantage en restant toute l'année. Installation de premier ordre et très luxueuse ; très peu de frais. Clientèle facile, prix élevés. On céderait dans des conditions exceptionnellement avantageuses. S'adresser pour tous renseignements à M. Roch fils, 24, rue de Rome, Marseille. (191-192⁴)

Jeune diplômé de l'Ecole dentaire de Paris demande place D'OPÉRATEUR. — S'adresser à M. Boulogne, 84, boulevard Rochechouart (193-4)

CHIRURGIEN-DENTISTE de la *Faculté de Médecine de Paris*, *Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, cherche situation, soit comme OPÉRATEUR ou GÉRANCE DE CABINET. — Paris ou province, de préférence à Paris. Ecrire aux initiales X. Z. aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare. (194-4)

A CÉDER banlieue immédiate de Paris, petit cabinet, 2 matinées par semaine. Recette prouvée 4.000 fr. presque tout en soins. Loyer 300 fr. Prix 5.000 francs. Ecrire G. P aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare. (195-4)

JEUNE HOMME (22 ans), ayant fait 3 ans d'apprentissage *à Genève* et occupé depuis 3 ans en *Allemagne* comme **TECHNICIEN-DENTISTE**, connaissant à fond *l'allemand*, désirerait se placer *à Paris* pour le 1er avril ou plus tard. Très bonnes références, offres sous chiffres 10 P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (1-2)

JEUNE HOMME, 25 ans, ayant fait deux ans d'études à l'École dentaire et une année chez un dentiste de Paris, demande place d'**OPÉRATEUR-MÉCANICIEN.** Paris, province ou colonies. **Faible rémunération**. — Ecrire à P. L. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (3-2)

ON PRENDRAIT DE SUITE à Paris, **cabinet quartier et clientèle aristocratiques**. — On entrerait soit avec situation et promesse de vente à époque fixe, soit en achetant ferme de suite. **AFFAIRE SÉRIEUSE.** On ne traite pas avec les agences — faire parvenir détails précis à M. Arsène G., 27, rue Turbigo, Paris. (4-2)

POUR CAUSE DE SANTÉ, à vendre dans le quartier de l'Élysée, un cabinet faisant de 15 à 18000 francs ; **CLIENTÈLE CHOISIE**, prix demandé *sans installation* 12000 fr. dont 10000 fr. comptant Écrire à E. P. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare. (5-1)

ON DEMANDE pour la province, un **TRÈS BON OPÉRATEUR**, *patenté* avant 1892 ou de préférence *Diplômé de la Faculté*. Ecrire à M. L. A. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue St-Lazare, Paris. (6-1)

Docteur-médecin qui se retire après 20 ans de pratique, actif et un peu au courant de l'art dentaire, demande **COLLABORATION** dans cabinet dentaire ; Ecrire au Dr H. S. aux soins de M. Papot, 67, rue St-Lazare. (7-1)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes.

EXPOSITION UNIVERSELLE de 1900

3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Paris, 8 au 14 Août 1900.

Circulaire générale (Janvier 1900).

CHATEAUROUX

IMPRIMERIE A. MAJESTE ET L. BOUCHARDEAU. A. MELLOTTÉE Seur

2, RUE GUTENBERG, 2

7

Châteauroux — Typ. et Stér A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, suc

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Paris, 8 au 14 Août 1900.

Monsieur et honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que, conformément aux précédentes décisions dont vous avez été informé [1], il est institué, au cours de l'Exposition Universelle de 1900, un Congrès dentaire international, qui se tiendra à Paris du mercredi 8 août au mardi 14 août 1900 inclus.

Au nom de la Commission d'organisation nommée par le Commissaire général de l'Exposition, nous vous renouvelons notre invitation de prendre part à ce Congrès, dans lequel doivent être discutées les questions les plus importantes concernant l'étude et l'exercice de l'art dentaire.

Vous verrez par cette nouvelle circulaire l'extension considérable qu'a prise ce Congrès, par suite de l'adhésion des grandes fédérations professionnelles étrangères, telles que la « British Dental Association » pour l'Angleterre, l' « American Dental National Association » pour les États-Unis, le « Central Verein deutscher Zahnärzte » pour l'Allemagne, ainsi que les fédérations nationales de l'Espagne, de la Suisse, de la Hollande, de la Belgique, du Japon, etc.

Les Comités nationaux étrangers qu'elles ont formés sont ainsi l'émanation directe et la représentation régulière de leurs pays respectifs, comme la Commission d'organisation du Congrès est l'émanation des Sociétés professionnelles françaises.

Il résulte de cette organisation que la grande manifestation corporative de 1900 devient ainsi une représentation complète et régulière des Sociétés dentaires du nouveau et de l'ancien continent et que, par conséquent, les questions qui y seront traitées résument les préoccupations et les aspirations du monde dentaire tout entier.

Vous trouverez, jointes à cette circulaire, la liste des questions qui

---

1. Voir circulaire du 1er juin 1899.

feront l'objet des rapports imprimés et distribués d'avance, une liste des questions proposées pour être plus spécialement traitées et sur lesquelles la Commission, comptant sur votre concours, désire provoquer des communications, enfin la liste des confrères étrangers déjà invités à prendre part aux discussions ou à faire des démonstrations.

Ces différents documents vous démontreront, nous en avons l'espérance, l'intérêt que pourra présenter pour toute la profession dentaire ce Congrès international, qui fait suite aux Congrès de Paris (1889) et de Chicago (1893).

Nous devons tout d'abord vous signaler les nouvelles dispositions dont le développement pris par la grande manifestation professionnelle de 1900 a provoqué l'adoption. La Commission d'organisation s'est vue forcée de diviser les travaux, en raison de leur importance, et d'augmenter le nombre de ses collaborateurs. Dans ce but, elle a réuni dans un COMITÉ DE PATRONAGE ET DE PROPAGANDE la plupart des membres de la corporation ayant acquis une certaine notoriété dans l'exercice de l'art dentaire. Outre le précieux concours qu'il apporte à l'organisation active du Congrès, ce Comité a pour mission de grouper les efforts des adhérents, de recruter de nouveaux adhérents et de prêter son appui à la Commission centrale dans la sphère d'action et selon les moyens dont disposent ses membres.

D'autre part, pour appliquer à la préparation du Congrès le principe de la division du travail, seul susceptible de permettre l'utilisation intégrale de tous les concours individuels, il a été décidé que l'organisation serait répartie en trois divisions principales.

En conséquence :

L'organisation administrative est confiée à divers Comités : Comité de la Presse, Comité de la trésorerie, Comité de contrôle et de vérification, Comité des comptes rendus, etc.

L'organisation scientifique est assurée par les soins de Comités qui, après avoir réparti en onze sections l'ensemble des questions à étudier, procéderont chacun à l'examen des matières d'une de ces sections (Voir page 14 la liste de ces sections).

Enfin *l'organisation de la réception* est attribuée, d'une part, à un Comité général, qui réglera les questions relatives aux réceptions, réunions, fêtes, etc., et, d'autre part, à des sous-comités étrangers composés de confrères parlant une ou plusieurs langues et qui auront pour mission d'être en rapports chacun avec les confrères d'un pays déterminé afin de leur faciliter le voyage et le séjour.

Le Comité général de réception s'occupera des détails matériels du voyage et du séjour à Paris des congressistes de province ou de l'étranger.

La Commission s'est efforcée, en effet, de faciliter aux congres-

sistes français et étrangers les moyens de prendre part à la réunion de Paris, notamment en sollicitant des réductions de prix auprès des compagnies de chemins de fer. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard, ainsi que le programme complété des travaux du Congrès et celui des réceptions, sera envoyée aux confrères qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Les membres du Congrès participeront d'ailleurs aux avantages accordés à tous ceux qui seront délégués par les Gouvernements, les Comités nationaux, les Académies et Sociétés savantes, ou qui auront été individuellement admis à prendre part aux Congrès officiels.

Dans un autre ordre d'idées, et pour assurer, en même temps qu'une propagande plus énergique, une centralisation plus effective des concours qui s'offraient à l'étranger, il a été institué des Comités nationaux dans la plupart des pays. A cet effet, la Commission d'organisation s'est adressée aux sociétés, écoles, groupements professionnels, et les a invités à constituer un Comité qui fût l'intermédiaire autorisé entre leurs nationaux et l'Administration centrale du Congrès. Cet appel a été entendu, et il existe actuellement dans les principales nations un Comité national, émanation directe des sociétés les plus autorisées de la corporation, et dont le rôle est le suivant :

Chaque Comité est, en principe, investi, pour sa nation, de tous les pouvoirs qui sont attribués, en France, à la Commission d'organisation. Il est chargé, en conséquence, de la propagande. Il centralise les adhésions et les souscriptions, les examine, les valide, ratifie la nomination des délégués, propose les membres qui peuvent faire partie des bureaux honoraires du Congrès et des Sections, et réunit les communications, etc.

D'autre part, intermédiaire indiqué entre ses nationaux et la Commission d'organisation, il se tient en rapports constants avec celle-ci.

Cette double organisation nous permettra, croyons-nous, tant en France qu'à l'étranger, de tirer le meilleur parti possible des efforts tentés dans le but commun que nous nous proposons et pour lequel nous sollicitons votre concours.

Nous vous prions, dès lors, Monsieur et honoré confrère, de bien vouloir signer et renvoyer le plus rapidement possible, et de toute façon avant le 1er juillet 1900, au trésorier du Congrès le bulletin d'adhésion ci-joint.

Cette adhésion ne sera définitivement valable qu'après versement de la cotisation de vingt-cinq francs pour les membres titulaires, ou de quinze francs pour les membres participants. (*Voir ci-dessous l'extrait du règlement*).

En vue de mieux faire connaître la prochaine ouverture du Congrès dentaire international, nous prions instamment ceux de nos confrères qui dirigent un journal d'art dentaire ou qui font partie d'un syndicat ou d'une Société dentaire, de bien vouloir donner toute la publicité possible à cette circulaire et aux documents qu'elle contient. Nous serions infiniment reconnaissants à MM. les Directeurs de journaux d'art dentaire de bien vouloir insérer cette circulaire et recommander à l'attention des membres de la profession une œuvre qui intéresse tous les praticiens.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de nos sentiments dévoués.

La Commission d'organisation.

Adhésion au Congrès

Pour adhérer au Congrès, prière de remplir le bulletin ci-joint, d'y ajouter sa carte de visite et de l'envoyer, pour la France, sous enveloppe fermée et affranchie, à M. le docteur Sauvez, Secrétaire général 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, et, pour l'étranger, au secrétaire du Comité national du pays auquel appartient l'adhérent. Le montant de la cotisation devra être adressé en même temps, pour la France, à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris, et pour l'étranger, au trésorier du Comité national.

Tout membre du Congrès désireux d'être inscrit pour faire une communication ou pour prendre part à la discussion de l'un des rapports proposés, devra adresser sa cotisation au trésorier du Congrès, pour la France, et, pour l'étranger, au Secrétaire général du Comité national de son pays.

Extrait du Règlement

Art. 2. — Le droit d'admission est fixé à vingt-cinq francs pour les membres titulaires et à quinze francs pour les membres participants. Les adhérents au Congrès auront droit à tous les avantages des Congrès officiels.

Les membres titulaires auront seuls droit au volume des comptes rendus.

Les dentistes et fournisseurs pour dentistes ne peuvent être admis que comme membres titulaires.

Art. 5. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sont priés d'en avertir le Secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis le texte de leurs communications contenant les conclusions de leurs travaux. La Commission fera traduire ces conclusions en français, en anglais, en allemand et en espagnol.

Art. 6. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie, Physiologie et Histologie ;
2° Pathologie spéciale et Bactériologie ;
3° Dentisterie opératoire et Thérapeutique spéciale ;
4° Anesthésie générale et locale ;
5° Prothèse, Orthopédie dentaire et restaurations faciales ;
6° Enseignement et histoire de l'Art dentaire ;
7° Législation, Jurisprudence et Déontologie ;

8° Hygiène, services dentaires publics ;
9° Démonstrations pratiques de prothèse ;
10° Démonstrations pratiques de dentisterie opératoire :
11° Démonstration pratiques diverses. — Installations de cabinets d'opérations, de laboratoires, d'appareils électriques. — Comptabilité.

Art. 7. — Les travaux du Congrès comprendront :

1° Des communications ; celles-ci seront de deux sortes :

a. Les unes proposées à l'avance par la Commission d'organisation et devant faire l'objet de rapports ;

b. Les autres librement choisies.

Les communications seront en français, anglais, allemand, russe, italien ou espagnol ;

2° Des démonstrations pratiques (opérations de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire et présentations d'instruments nouveaux).

Art. 14. — Pour être membre titulaire du Congrès il faut : 1° Avoir le droit d'exercice légal dans le pays d'origine ;

2° Exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame et tout acte contraire à la dignité professionnelle ;

3° Être agréé par le Bureau national du pays d'origine, s'il en existe un, ou par le Bureau de la Commission d'organisation.

Art. 15. — Les femmes des congressistes, les étudiants en chirurgie dentaire, les médecins, les pharmaciens, les chimistes et, d'une façon générale, toutes personnes n'exerçant pas l'art dentaire, peuvent être admis par le Bureau de la Commission d'organisation, sur demande spéciale, à titre de membres participants.

COMMISSION D'ORGANISATION[1]

Bureau.

Président d'honneur.

M. Lecaudey (Em.), Président honoraire de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Président.

M. Godon (Ch.), Président-Directeur de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Vice-Présidents.

MM. Ducournau, Président de l'Association de l'École odontotechnique.
Dr Queudot, Président de la Société odontologique de France.
Ronnet, Président du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.

---

1. Le Bureau définitif et les Bureaux honoraires étrangers seront nommés ultérieurement.

Dr Martin, Président de l'Association des dentistes du Rhône et de la région.
Schwartz père, Président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est.

Trésorier.

M. Viau (G.), Professeur à l'École dentaire de Paris.

Secrétaire général.

Dr Sauvez, Professeur à l'École dentaire de Paris.

Secrétaires.

MM. Burt, ex-Professeur à l'École odontotechnique.
D'Argent, Président de l'Association générale des dentistes de France.
Hivert, Professeur à l'École odontotechnique.
Dr Maire, Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.
Martinier, Directeur adjoint de l'École dentaire de Paris.
Siffre, Professeur suppléant à l'École odontotechnique.

Trésorier-adjoint.

M. Rodolphe, Professeur suppléant à l'École odontotechnique.

Membres.

MM.
Audy .... de Senlis.
Bacque .... de Limoges.
Bruel .... de Paris.
Burt .... de Paris.
Carrel .... de Nîmes.
Chouville ..... de St-Quentin.
Cohen .... de Valenciennes
Coignard ...... de Tours.
Davenport (J-B). de Paris.
Dipparaguerre. de Bordeaux.
Douzillé ...... d'Agen.
Fabre .... de Paris.
Frélézeau (Alf.). de Dijon.
Richard-Chauvin.. de Paris.
Richer .... de Vernon.
Rollin .... de Paris.

MM.
Guillot (M.) .. de Paris.
Haller (M.) ... de Lille.
Hélot (A.) .... de Brest.
Hervochon .... de Paris.
Lechesne ...... de Caen.
Lée (H.) .... de Reims
Lemerle .... de Paris.
Maleplate (J-P). de Paris.
Marion (De) ... de Paris.
Mirebeau ...... de Bordeaux.
Nux (Dr) ...... de Toulouse.
Papot (Ed.) .... de Paris.
Paulme .... de Paris.
Stévenin .... de Paris.
Torres .... de Bordeaux.
Tusseau .... de Paris.

Membres Complémentaires.

MM.
Bertrand ..... de Paris.
Boissier .... de Marseille.

MM.
Cabridens ..... de Nice.
Camoin .... de Marseille.

MM.		MM.	
Chapot	de Nice.	Mary	de Paris.
Daboll (Dr)...	de Paris.	Moulin-Franck	de Moulins.
Dethès........	de Marseille.	Naudé	de Lyon.
Guillot (Dr)...	de Lyon.	Neech	de Paris.
Laurent.......	de Paris.	Rozenbaum	de Paris.

LISTE DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES ADHÉRENTES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.
Société d'Odontologie de Paris.
Association générale des dentistes de France.
Association de l'École odontotechnique de France.
Société odontologique de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis.
American Dental Club of Paris.
American Dental Society of Europe.
Association des dentistes du Nord-Ouest de la France.
Association générale des dentistes du Rhône et de la Région.
Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.
Société des dentistes du Sud-Ouest.
Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais.
Société des dentistes du Midi.
Société d'odontologie de Lyon.

COMITÉ DE PATRONAGE ET DE PROPAGANDE

SEINE ET RÉGION DE PARIS

La Commission d'organisation et MM.

Aguilhon de Sarran (Dr)
Amoëdo (Dr).
Arnold.
Astié.
Barrett.
Baye.
Bailly.
Barbe.
Barrié.
Baudelot.
Beaussillon.
Bertrand.
Billet.
Bioux.
Blocman.
Bogue.
Bonnard.
Borcier.
Borkowski.
Brigiotti.
Collard.
Carbonnel.
Cecconi.
Charavet.
Charpentier.
Chaussebourg.
Choquet père.
Choquet fils.
Claser.
Cohen.
Cornelsen.
Cournand.
Conrath.
Contenau.
Cumming.
Crane.
D'Almen.
Darin (Dr).
Debray.
Delaunay.
De Croès.
Delorme.
Denis.
Devoucoux.
Diviau.

Didsbury (Dr).
Da Silva (Dr).
Ducournau.
Dugit.
Durand (Dr).
Daboll (Dr).
Davenport Isaac (Dr).
Davenport William.
Du Bouchet (Dr).
Eilertsen.
Fabre.
Falcoz.
Faloy.
Fay.
Fichet.
Fournier.
Franchette.
Frantz.
Fresnel-Martinot.
Friteau (Dr).
Frey (Dr).
Gardenat.
Gires (Dr)
Giret.
Godard.
Goldenstein (Dr).
Goldschmidt.
Gravollet-Leblan.
Grimbert.
Gros.
Gross.
Guebel-Pierre.
Gaillard.
Hadley.
Heïdé.
Heraud.
Hermann.
Hirschberg.
Hirschfeld.
Hofzumahaus.
Hotz.
Houdoux.
Hugot.
Insall.
Isch-Wall (Dr)
Jean Francis.
Jeay.
Josef Mendel.
Klein.
Kuhn (Dr).
Lalement.
Lapière.
Lebigot.
Logan.
Legret.
Legros.
Lemière.
Levett.
Loup.
Lowenthal.
Magub.
Mahé.
Maillé.
Mamelzer.
Marie (Dr).
Martial-Lagrange.
Martin.
Meister.
Meng.
Meunier.
Meyenrock.
Michaëls.
Mora (Dr).
Ott.
Pinet (Dr).
Piton.
Pitsch (Dr).
Platschick.
Poinsot.
Possisselsky
Prest.
Prével.
Quenot.
Richard-Chauvin.
Roussel.
Rovillain.
Roy (Dr).
Ryan Georges.
Ryan Jean.
Spaulding (Dr).
Stavisky.
Tireau.
Touvet Fanton
Touzée.
Vacher.
Waller.
Willer.
Weber
Weber
Wetzel.

DÉPARTEMENTS

MM.

Adnet. . . . . . Charleville.
Alaux . . . . . . Toulouse.
Amillac . . . . Oran.
Athénas. . . . . St-Denis (Réunion)
Arlet . . . . . . Corbeny (Aisne).
Barthélemy. Nancy.
Barthelotte Pamiers.
Beltrami . . . Marseille.
Berthaux . . Soissons.
Bohl . . . . Castres.
Bonnaric. . . Lyon.
Bouvet . . . . Angers.

MM.

Bouvry . . . . Le Mans.
Brodhurst. . Montluçon.
Calame. . . . . Besançon.
Cazeaux. . . . Dunkerque.
Chemin (Dr). Toulouse.
Cludius . . . . Grenoble.
Cordelier . . Epinal.
Cossas . . . . . Saïgon.
Crapez . . . . . Reims.
Dejean . . . . . Pau.
Denuit . . . . . Chaumont.
Descoffre. . Versailles.

MM.	
Dubourg...	Arcachon.
Duncombe..	Lisieux.
Dupas (Dr)..	Nantes.
Durand....	Lyon.
Duvoisin (Dr)	Chartres.
Fayoux....	Niort.
Fléty......	Dijon.
Gédon......	Pointe-à-Pitre.
Gerbaut....	Angoulême.
Giroux.....	Autun.
Gruter....	Besançon.
Guénard (Dr)	Bordeaux.
Guérin.....	Moulins.
Guérin fils.	Moulins.
Hartmaan..	Grenoble.
Harwood..	Lyon.
Hélot fils..	Brest.
Hess.......	Montbéliard.
Houdié.....	Toulouse.
Huron.....	Nancy.
Lefrant....	St-Dizier.
Lemarchand	Granville.
Le monier...	Nice.
Liébault...	Châtillon-s/Seine.
De Massias.	Pau.

MM.	
Millard (Dr)	Dinan.
Monnin....	Le Mans.
Pastariano.	Constantine.
Pombet.....	Le Havre.
Pont (Dr)...	Lyon.
Portalier..	Rodez.
Prussenar..	Orléans.
Reboulet (Dr)	Lyon.
Richer.....	Vernon.
Rigolet....	Auxerre.
Rosenthal (Dr)	Nancy.
Roussel....	Bordeaux.
Sintès......	Alger.
Schwartz...	Montpellier.
Tellier (Dr).	Lyon.
Thomson....	Dinan.
Tournier Daille	Lons-le-Saulnier.
Vauvillier..	Montpellier.
Védrenne...	Biarritz.
Vichot.....	Angers
Vichot.....	Lyon.
Wilbert....	
Wisner.....	Nantes.
Whiting....	Vichy.

En cas d'erreur ou d'oubli, prière de s'adresser au Secrétariat généra l

COMITÉS NATIONAUX ÉTRANGERS

ALLEMAGNE

Comité national nommé par le « *Central Verein Deutscher Zahnärzte* ».

Président : M. le Professeur Hesse (Leipzig).

Secrétaire-trésorier : M. Parrerit (Leipzig).

MM. Dr Miller (Berlin), Professeur Dr Partsch (Breslau), Professeur Berten (Munich), Professeur Sachs (Breslau), Dr Herbst (Brême), Schaffer-Stuckert (Francfort), Dr Kirchner (Kœnigsberg), Dr Albrecht (Marbourg).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

ANGLETERRE

Comité national nommé par la « *British Dental Association* » — Meeting annuel d'Ipswich.

Président : Dr J.-H. Mummery (Londres).

Secrétaire : Dr W.-B. Paterson (Londres).

MM. D[rs] Geo. Cunningham (Cambridge), Hopewell Smith (Londres), W.-H. Dolamore (Londres).

Comité de patronage et de propagande pour l'Angleterre et les colonies anglaises (en formation).

BELGIQUE

Comité national nommé par « l'*Association Générale des Dentistes de Belgique* ».

Président: M. Baruch (Bruxelles).
Secrétaire: M. Quintin (Bruxelles).
Trésorier: M. Quarterman (Bruxelles).

MM. Decock (Anvers), Buttner (Courtrai), Poutrain (Tournai).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

ESPAGNE

Comité national nommé par la « *Sociedad Odontologica española* ».

Président : M. Florestan Aguilar (Madrid).
Secrétaire: M. Losada (Madrid).
Trésorier : M. Trallero (Barcelone).

MM. Juan Otaola (Bilbao), Damians (Barcelone).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Comité national nommé par l' « *American Dental National Association* ».

Président: M. A.-W. Harlan (Chicago).

D[rs] A.-H. Fuller (St-Louis), M.-C. Kellops (St-Louis), J. Taft (Cincinnati), H.-A. Smith (Cincinnati), W.-W. Walker (New-York), James Mauns (Hartford), W. C. Barrett (Buffalo), T.-W. Brophy (Chicago), B. Holly Smith (Baltimore), W.-E. Griswold (Denver), C.-L. Goddard (San-Francisco), L.-L. Dunbar (San-Francisco), H.-N. Morgan (Nashville), Frank Holland (Atlanta), E.-C. Kirk (Philadelphie), J.-D. Patterson (Kansas-City), Thos. Fillebrown (Boston), Thomas Weeks (Minneapolis), H.-S. Sutphen (Newark), Geo. H. Chance (Portland), W. Jarvie (Brooklyn).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

HOLLANDE

Comité national.

Président: M. J.-E. Grevers (Amsterdam).
Secrétaire: M. Van der Hoeven (La Haye).
Trésorier: M. F.-C.-A. Bolger (Haarlem).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

JAPON

Comité national.

Président honoraire: M. ORATA.
Président: M. TAKAYAMA.
Secrétaire: M. Dr OTTOFY.
Trésorier: M. ARAKI.

MM. Aoyama, Enomoto, Dr Ichinoi, Dr Isawa, Dr Suganuma, Tomiyasu.

Comité de patronage et de propagande (en formation).

MEXIQUE

Comité national nommé par la « *Sociedad dental mexicana* ».

MM. Drs Crombe, Carmona, Riguera, Thieso, Pastor, Hinajosa, Young.

Comité de patronage et de propagande (en formation).

ETATS SCANDINAVES

DANEMARK

Comité national formé par l'association des chirurgiens-dentistes danois.

Président : M. HADERUP M. D. (Copenhague).
Vice-Président : M. LINDHARDT (Copenhague).

MM. Clhristensen (Copenhague), L. Gormsen (Copenhague), Chr. Kior (Odense), Th. Andersen (Aalborg), A. Früs (Kolding).

SUÈDE

Comité national formé par la Société suédoise de dentistes.

MM. Ernst Goberg, Elof Forberg, Georg. Forssmann, C. Sandslett.

NORWÈGE

(En formation).

SUISSE

Comité national.

Président: M. GUILLERMIN (Genève)
Secrétaire : M. THIOLY-REGARD (Genève).

MM. Prof. Dr Billeter (Zurich), Theo. Frick (Zurich), Respinger Bâle).

Comité de patronage et de propagande (en formation).

Brésil. Bulgarie. Canada. Égypte. Équateur. Grèce. Italie. Luxembourg. Pérou. Portugal. République Argentine. Russie. Vénézuéla.

Comités de patronage et de propagande (en formation).

ORGANISATION SCIENTIFIQUE.

SECTIONS.

1re Section.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE.

Président : M. BLOCMAN. *Secrétaire* : M. CHOQUET. MM. Dr MAIRE, Dr AMOEDO, Dr QUEUDOT.

Rapports [1].

1. Histoire de la fibrille dentinaire.
2. De la nutrition de la dentine suivant les influences physiologiques.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Source de la nutrition de la pulpe dentaire.
2. Étude de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires chez l'homme.
3. Étude de la salive physiologique et de ses modifications pendant la grossesse et la menstruation.
4. La pulpe — son histologie — sa formation.
5. Développement du cément.
6. Arcades dentaires temporaires et permanentes.
7. Réseau lymphatique de la région gingivo-dentaire.
8. Évolution de l'os incisif.
9. Morphologie des dents dans les races humaines.
10. Les dents et les poils — leur homologie.

2e Section.

PATHOLOGIE SPÉCIALE, BACTÉRIOLOGIE.

Président : Dr FREY. *Secrétaire* : M. CHARPENTIER. MM. MENDEL, LOUP, DAVENPORT.

Rapports.

1. Pyorrhée alvéolaire.
2. Etiologie de la carie dentaire.

---

1. Les noms des rapporteurs et des auteurs de communications devant prendre la parole aux assemblées générales et aux assemblées de sections, dont quelques-uns sont déjà désignés, seront publiés dans une séance ultérieure.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Erosion chimique.
2. Les corps analogues aux spores décrits sous le nom de leptotrix racemosa par Vicentini, sont-ils des exemples de sporulation pure ?
3. Etat inflammatoire de la pulpe dentaire.
4. Caractère histologique des taches blanches de l'émail.
5. Etude sur certains microbes de la carie.
6. Classification des anomalies dentaires.
7. Quels sont les microbes contenus dans la pulpe des dents mortes par traumatisme ? — Leur mode de pénétration.
8. Les conséquences de l'extraction des dents temporaires sur l'évolution des dents permanentes.
9. Phases intermédiaires entre le 2e et le 3e degré (Gangrène de la pulpe).
10. Des altérations dentaires en rapport avec la nécrose phosphorée.
11. Végétations adénoïdes et arcades dentaires.

3e Section.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE, THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE.

Président : M. RICHARD-CHAUVIN. *Secrétaire* : M. GROSS. MM. DUCOURNAU, RODOLPHE, HOFZUMAHAUS, PAULME.

Rapports.

1. Résultats pratiques du coiffage de la pulpe.
2. Les obturations de porcelaine.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Du traitement de la pyorrhée alvéolaire.
2. De la cataphorèse en art dentaire.
3. Des résultats éloignés des aurifications à l'or cristallisé.
4. Des résultats éloignés de la greffe dentaire.
5. Quelles sont les meilleures mesures opératoires propres à arrêter la carie dentaire d'une façon permanente ?
6. Le traitement antiseptique de la cavité buccale comme mesure prophylactique.
7. Des meilleurs modes de traitement des dents infectées.
8. Traitement de la carie des dents temporaires ; son utilité.
9. De l'emploi des essences en art dentaire.
10. Traitement de la carie du 3e degré avec ablation de la pulpe.

4e Section.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET LOCALE.

Présidént : M. RONNET. *Sécrétaire* : M. JEAY. MM. d'ARGENT,

VIAU, HIVERT.

Rapports.

De la suppression de la sensibilité pulpaire dans les différentes interventions du dentiste.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. De l'anesthésie locale par la cocaïne et ses succédanés.
2. De l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote, soit seul, soit avec le chloroforme, et de l'innocuité relative de ces deux procédés.
3. Parallèle entre l'anesthésie au chloroforme et celle à l'éther pour les avulsions dentaires.
4. De l'anesthésie générale pratiquée dans le cabinet du dentiste et des meilleurs moyens ou appareils à employer.
5. Du bromure d'éthyle, seul ou associé à l'éther ou au chloroforme, comme anesthésique général.
6. Anesthésie par les réfrigérants.
7. Anesthésie locale par injections sous-gingivales (État actuel de la question).
8. Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

5e Section.

PROTHÈSE, ORTHOPÉDIE DENTAIRE ET RESTAURATIONS FACIALES.

Président : M. MARTINIER. *Secrétaire* : M. WEBER. MM. MICHAELS, SIFFRE, ROLLIN, DEVOUCOUX.

Rapports.

Orthodontie et régularisation des os de la face.

De la valeur comparative des différents moyens de rétention des appareils en prothèse dentaire.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. De la valeur réelle de la prothèse chirurgicale, en ce qui concerne l'intervention du chirurgien-dentiste.
2. De la céramique en prothèse dentaire.
3. Des différentes modes de rétention des appareils dentaires.
4. Valeur comparative d'appareils à pont amovibles et inamovibles.
5. Des avantages et des inconvénients des différentes matières employées en prothèse dentaire.
6. Du meilleur moyen d'obtenir l'antagonisme physiologique des maxillaires.
7. Longévité des pièces à pont.
8. Un appareil efficace et peu gênant pour la dilatation du maxillaire inférieur.
9. Avantages de la celluloïde en prothèse dentaire.

10. Sur la résistance que les dents offrent aux forces appliquées dans le traitement des irrégularités.

6e Section.

Président : M. Godon.

Sous-Section A.

Enseignement de l'Art dentaire.

Vice-président : Dr Queudot. *Secrétaire* : Dr Roy.

Sous-Section B.

Histoire de l'Art dentaire. Musées.

Vice-président : M. Lemerle, *Secrétaire* : M. Charpentier.

Rapport.

L'enseignement de l'Art dentaire dans les différents pays.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Histoire générale de l'Art dentaire.
2. Utilité des musées dans l'enseignement dentaire.
3. Éducation générale et spéciale préliminaire à l'admission dans les écoles dentaires.
4. Enseignement scientifique et médical nécessaire au chirurgien-dentiste.
5. Enseignement technique théorique.
6. Enseignement technique pratique (Dentisterie opératoire).
7. Enseignement technique pratique (Prothèse).
8. Enseignement de l'anesthésie dans les écoles dentaires.
9. De l'utilité de l'enseignement pratique de la dentisterie opératoire et de la prothèse au moyen des appareils *fantômes* et procédés pédagogiques analogues.
10. De l'enseignement *post graduate*.
11. De l'utilité d'associations nationales des écoles et de rapports internationaux entre les associations de cette nature.
12. Étude sur la valeur comparative des diplômes de fin d'études dentaires.

7e Section.

Président : M. Godon.

Sous-Section A.

Législation, Jurisprudence, Déontologie.

Vice-président : M. Stévenin. *Secrétaire* : M. de Marion.

Sous-Section B.

PRESSE PROFESSIONNELLE, SYNDICATS.

Vice-président : M. PAPOT. *Secrétaire* : M. BRUEL.

Rapports.

1. Principes fondamentaux de la déontologie dentaire internationale.
2. De la nécessité d'une entente dentaire internationale et de comités nationaux permanents.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Sur la législation dentaire et l'exercice illégal de l'art dentaire.
2. Étude des différents moyens proposés pour combattre le charlatanisme.
3. Dans quelles limites un dentiste peut-il se faire aider par un opérateur assistant : 1° au point de vue de la stricte équité vis-à-vis du client, 2° au point de vue de la légalité dans les pays où la profession ne peut s'exercer sans diplôme ?
4. Des œuvres d'assistance et de prévoyance.
5. De l'influence de la Presse professionnelle.
6. Des rapports des différents organes de la Presse professionnelle. Des échanges et des emprunts (Démarquages, citations).
7. Historique de la Presse professionnelle.

8e Section

Président : M. POINSOT.

Sous-section A

SERVICES DENTAIRES PUBLICS.

Vice-président : M. BONNARD.
Secrétaire : M. ROZENBAUM.

Sous-section B

HYGIÈNE.

Vice-président : Dr MORA.
Secrétaire : M. COLLARD.

Rapports.

1. Rapports de l'alimentation avec l'hygiène dentaire.
2. De l'utilité de conférences d'hygiène dentaire et d'inspections dentaires dans les établissements d'instruction publique.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées :

1. Du service dentaire dans les armées de terre et de mer.

2. Du service dentaire dans les établissements d'instruction publique.

3. Inspection dentaire dans les établissements classés ou insalubres.

4. Indications et contre-indications des dentifrices.

5. Vulgarisation des principes d'hygiène dentaire et organisation du service dentaire dans les campagnes.

6. Du service dentaire dans les grandes agglomérations.

7. Du service dentaire dans les petites collectivités (campagnes).

8. De l'organisation des services dentaires hospitaliers en France et à l'étranger.

9e Section

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE PROTHÈSE ET PRÉSENTATIONS D'APPAREILS PROTHÉTIQUES.

Président : M. FRANCIS JEAN. *Secrétaire*: M. PLATSCHICK. MM. CECCONI, MALEPLATE, BILLET.

Clinique de prothèse.

1. Prise des empreintes au plâtre.

2. Applications extemporanées d'appareils de redressement.

3. Manière de contrôler l'articulation dans les cas spéciaux.

4. Préparation de la bouche pour l'application des couronnes et appareils à pont.

5. Fixation et pose des appareils à pont.

6. Procédé pour retirer les appareils à pont inamovibles.

7. Réparation des appareils à pont inamovibles sans déplacement de l'appareil.

Applications diverses.

Emploi d'appareils à essence.
Emploi d'appareils à air comprimé.
Application de l'acétylène.
Application de l'oxygène comprimé.

Démonstrations proposées.

1. Appareils de restauration faciale.

2. Appareils de prothèse de maxillaires.

3. Pièces partielles ou complètes exclusivement en céramique.

4. Confection des appareils à pont amovibles ou inamovibles.

5. Confection des couronnes en porcelaine avec bagues de platine.

6. Soudure de blocs sectionnels.

7. Pièces partielles et complètes en gencive continue avec dents à tube et diatoriques combinées avec platine, or ou caoutchouc.

8. Peinture des dents.
9. Couronnes avec ou sans soudure.
10. Différents systèmes de dents à pivot.
11. Emploi des articulateurs.
12. Méthode pour obtenir des plaques de caoutchouc d'une épaisseur uniforme avec surfaces polies après la cuisson.
13. Aluminium seul ou combiné avec le caoutchouc.
14. Emploi des alliages d'aluminium.
15. Fabrication d'appareils en métal coulé.
16. Adaptation de la couronne Logan et de couronnes similaires aux appareils.
17. Pièces en celluloïde avec dents sculptées.
18. Bases galvanoplastiques.
19. Procédés divers d'estampage.
20. Différentes méthodes de moulage.
21. Emploi du textiloïde.
22. Emploi de métaux spéciaux pour moules.
23. Procédé pour réparer la celluloïde.
24. Réparation de pièces combinées or et caoutchouc avec soudures d'or sans destruction du caoutchouc.
25. Appareils pour fractures des maxillaires.
26. Appareils pour sinus.

10e Section

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE ET CLINIQUES.

Président : M. BURT. *Secrétaire :* M. MENG. MM. BARRIÉ, BRIGIOTTI, HEIDÉ, HUGOT.

Démonstrations proposées :

1. Aurification. (Différentes méthodes).
2. Obturations. (Porcelaine, émaux fusibles).
3. Obturations. (Plastiques, amalgame, gutta, etc.).
4. Appareils à pont. (Dents à pivot, couronnes, anneaux).
5. Traitement des caries du 3e et du 4e degré et complications.
6. Cataphorèse.
7. Traitement de la pyorrhée alvéolaire.
8. Anesthésie générale, locale, extractions.
9. Réimplantation, transplantation et implantations.
10. Redressements immédiats.

La section disposera chaque jour de dix fauteuils. Il y aura ainsi, pendant la durée du Congrès, environ soixante démonstrations et douze cliniques.

11e Section

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DIVERSES. INSTALLATIONS DE CABINETS D'OPÉRATIONS, DE LABORATOIRES, D'APPAREILS ÉLECTRIQUES, ETC.

Président : M. PAPOT. *Secrétaire :* M. PAULME. MM. Dr SAUVEZ, ROLLIN, FRANCHETTE.

Travaux de la 11e Commission.

1. Organisation, pour la durée du Congrès, d'une Exposition de produits et instruments les plus récents, postérieurs à 1889, concernant l'Art dentaire, avec démonstrations pratiques ; de différents modèles de comptabilité et notation dentaires, registres, fiches, cartes schématiques.

2. Installation d'un cabinet modèle, comprenant les instruments les plus perfectionnés et le plus facilement stérilisables ; tours mus par forces motrices diverses : électricité à courant continu ou alternatif, accumulateurs, piles, air comprimé fourni par des usines ou produit sur place, force hydraulique, petits moteurs à gaz ou à essence ; appareils à stériliser, à cataphorèse, radiographie ; crachoirs hygiéniques, appareils de chauffage et d'éclairage, etc. ;

3. Installation d'un atelier modèle pour la prothèse avec tours divers, appareils à estamper, fours électriques, etc.

4° Visite des expositions, musées et écoles dentaires.

ORGANISATION DE LA RÉCEPTION

Comité général de réception.

Président : Dr Lecaudey.
Vice-présidents : Dr Queudot, Dr Sauvez.
Trésorier : M. Viau.
Secrétaire : M. Rodolphe.
Membres : MM. Bonnard, Claser, Prével, Rollin, Rozenbaum.

Sous-Comité Allemand.

Président : M. Hirschfeld. *Secrétaire :* M. Goldschmidt. *Membres :* MM. Meister, Hotz, Delorme, Josef-Mendel, *de Paris.* MM. Schwartz, Weber, Cludius, Haller, *de province.*

Sous-Comité Américain.

Président : Dr Dubouchet. *Secrétaire :* Dr Roussel. *Membres :* MM. Drs Barett, Bogue, Crane, Daboll, W. Davenport, Fay, Hotz, Levett, Meng, Ryan Georges, Ryan Jean, Da Silva, Spaulding.

Sous-Comité Anglais.

Président : N..... *Secrétaire :* M. Conrath. *Membres :* MM. Burt, Charpentier, Choquet, Hadley, Insall, Neech, Waller, Weber, *de*

Paris, MM. Brodhurst, Chouville, Duncombe, Harwood, Hélot, Lée, Le Monier, Whiting, *de province.*

Sous-Comité Autrichien.

Président : Michaëls, (Dr). *Secrétaire :* M. Meister. *Membres :* MM. Dr Goldenstein, Weber, Hirschfeld.

Sous-Comité Belge.

Président : D'Argent. *Secrétaire :* Hirschberg. *Membres :* MM. Dr Roy, Blocman, Fay.

Sous-Comité Espagnol.

Président : M. Ducournau. *Secrétaire :* M. Hugot. *Membres :* MM. Dr Da Silva, Choquet, *de Paris*, MM. Cohen, Diparaguerre, Douzillé, *de province.*

Sous-Comité des Etats-Unis.

MM. Dr Barett, Dr Bogue, Dr Crane, Daboll, Dr Da Silva, Davenport Isaac, Davenport William, Du Bouchet, Fay, Gires, Hotz, Lée, Levett, Meng, Roussel, Ryan Georges, Ryan Jean, Spaulding.

Sous-Comité Italien.

Président : M. Brigiotti. *Secrétaire :* M. Cecconi. *Membres :* MM. Dr Da Silva, Platschick.

Sous-Comité Russe.

Président : M. Viau. *Secrétaire :* M. Josef-Mendel. *Membres :* MM. Hirschberg, Possisselsky, Schleier, Schwabsky, Stavisky.

Sous-Comité Suisse.

Président : M. Hotz. *Secrétaire :* M. Delorme. *Membres :* MM. Cludius, Gruter, Hofzumahaus, Ott, Wetzel.

Délégué pour les Etats Scandinaves : M. Heïdé.

Liste

Des confrères déjà invités, ou désignés par les comités nationaux pour apporter leur concours, soit par des communications originales, soit par la rédaction de rapports, soit enfin en intervenant dans la discussion ou en faisant des démonstrations pratiques[1].

Listes envoyées par le Comité National des Etats-Unis.

I

Drs A.-W. Harlan (Chicago), T.-W. Brophy (Chicago), J.-D. Patterson (Kansas City), W.-C. Barrett (Buffalo), M.-H. Cryer (Philadelphie), C.-S. Case (Chicago), E.-C. Kirk (Philadelphie), H.-H. Johnson (Macon), O.-N. Heise (Cincinnati), A.-H. Peck (Chicago),

1. Quelques-uns des confrères les plus éminents du monde dentaire ont déjà promis leur concours et indiqué les communications qu'ils se proposent de faire. Nous publierons ces indications dans la circulaire d'avril. On trouvera, en attendant, leurs noms dans la présente liste qui nous a été adressée par les comités nationaux.

Geo.-W. Cook (Chicago), J.-D. Hodgen (San-Francisco), J.-S. Cassidy (Covington), S.-H. Guilford (Philadelphie), E.-H. Angle (St-Louis), C.-L. Goddard (San-Francisco), C. Edmund Kells (Nouvelle-Orléans), W.-E. Walker (Pass Christian), H.-A. Smith (Cincinnati), W.-A. Price (Cleveland), N.-S. Hoff (Ann Harbor). R.-R. Andrews (Cambridge-Massachussets), J.-N. Broonwell (Philadelphie), M.-L. Rhein (New-York), R.-H. Hofheing (Rochester), G.-V. Bluck (Chicago), Litet (Philadelphie), M. Gilett (Newport), Essig (Philadelphie), Hollez-Luith (Baltimore), Jonathan Taft (Cincinnati), Dowsley (Boston), Morgan (Nashville), Grady (Baltimore).

II

Drs J.-W. Wassall (Chicago), E.-E. Wedelstaedt (St-Paul), Alfred Owre (Minneapolis), Gordon White (Nashville), Frank Holland (Atlanta), Robert Good (Chicago), Frank A. Peeso (Philadelphie), T.-W. Brophy (Chicago), Grant-Molyneaux (Cincinnati), M.-H. Cryer (Philadelphie), W.-E. Griswold (Denver), H.-J. Goslee (Chicago), S.-G. Perry (New-York), J.-R. Callahan (Cincinnati), L.-E. Custer (Dayton), John H. Meyer (New-York), J.-H. Woolley (Chicago), W.-V.-B. Ames (Chicago), C.-L. Hungerford (Kansas City), Jos. Head (Philadelphie), R. Ottolengui (New-York), C.-S. Case (Chicago), V.-H. Jackson (New-York), J.-N. Farrar (New-York).

Listes envoyées par le Comité National Allemand.

Prof. Dr méd. Hesse (Leipzig), Mich. Morgenstern (Strasbourg), Dr. méd. Römer (Strasbourg), Dr. méd. Röse (Munich), Dr. phil. Dependorf (Hambourg), Prof. Dr. méd. Miller (Berlin), Dr. phil. Walkoff (Brunswick).

II

Prof. Dr. méd. Miller (Berlin), Prof. Dr. Ad Witzel (Iéna), Prof. Dr. méd. Partsch (Breslau), Prof. Dr. méd Jul. Witzel (Cassel), Dr. méd. Römer (Strasbourg), Prof. Dr. phil. Rob. Baume (Berlin), Dr. méd. Wilh. Dieck (Berlin), Dr. méd. Körner (Halle).

III

Prof. Wilh. Sachs, D. D. S. (Breslau), Prof. Dr. méd. Busch (Berlin), Prof. Dr. méd. Partsch (Breslau), Prof. Dr. méd. Hesse (Leipzig), Jul. Parreidt (Leipzig), Rich. Schreiter (Chemnitz), Prof. Dr. méd. Jung (Heidelberg), Prof. Dr. méd. Ad. Witzel (Iéna), Prof. Dr. méd. Berten (Munich), Dr. phil. Kirchner (Kœnigsberg), Otto Tenthol D. D. S. (Leipzig), Prof. Bödecker, D. D. S. (Berlin), Hans Riegner, D. D. S. (Breslau).

IV

Prof. Dr. méd. Busch (Berlin), Schaffer-Stuckert, D. D. S. (Francfort sur le Mein), Prof. Dr. méd. Partsch (Breslau), Albrecht (Marbourg), Heitmuller D. D. S. (Göttingen), Dr. Telschow (Berlin), Dr. méd. Vinc. Blumm (Bamberg).

V

G. Hahl (Berlin), Albrecht (Marbourg), Prof. Dr. méd. Warnekros

(Berlin), Hans Riegner (Strasbourg), Heitmuller D. D. S. (Göttingen), Eug. Wunsche (Dresde).

VI

Geist-Jacobi (Francfort sur le Mein), Dr. méd. Fricke (Kiel), Prof. Dr. méd. Berten (Munich).

VII

Paul Ritter (Berlin), Paul Schwanke (Graudenz), Dr. méd. Port (Munich), Dr. méd. Con. Cohn (Berlin).

VIII

Ad. Fenchel (Hambourg), Dr. méd. Röse (Munich), Dr. méd. Port (Munich), Prof. Dr. méd. Berten (Munich), Dr. phil. Kuhns (Hanovre).

IX

Wilh. Hersbt, D. D. S. (Brême), Albrecht (Marbourg), Phil. Detzner (Spire), Paul Schwaze (Leipzig), Karl Berry (Leipzig), Otto Grunert (Berlin), Eug. Wunsche (Dresde).

X

Wilh. Herbst (Brême), Jenkins (Dresde), Reisert (Erfurt), Dr. phil. Vict. Paepke (Erfurt).

XI

Dr. méd. Floerke (Brême), D. méd. Dohrn (Furth).

Liste envoyée par le Comité National Suisse.

M. P. Guge (Genève), Dr. Prof. Billeter (Zurich), A. Brodtbeck (Frauenfeld), Stopani (Zurich), Stiger (Lucerne), Th. Frick (Zurich), L. Guillermain (Genève), Dill (Liestal), Muller (Wädensweill), Nagy (Genève), Brun (Genève).

Liste envoyée par le Comité national anglais.

MM. J. Turner, R. Goadby, I.-F. Colyer, W.-A. Coffin, E. Lloyd Williams, Morton Smale, James Smith Turner, R.-P. Lennox, W. Dall, R. Gartrell, C. Birch, W. Headridge, Girdwood, G. Brunton, A. Röse, B. Pillin, Leslie Fraser, C.-S. Tomes, F. R. S. J. Howard Mummery, Hopewell Smith, Dr Léon Williams, W. Hern, Geo. Cunningham, W.-H. Dolamore, Dr Dudley, W. Buxton, W.-B. Paterson.

Cette organisation n'est pas définitive ; elle est provisoire et susceptible de modifications diverses, tant dans le programme scientifique que dans l'organisation générale, à la suite des demandes des divers Comités nationaux étrangers ou de la Commission d'organisation ou enfin des Comités de Section. La présente circulaire sera complétée par la circulaire d'avril 1900, qui sera adressée à tous les adhérents, ou sur demande spéciale.

Châteauroux. — Impr. et Stér. A. Majesté et L. Bouchardeau — A. Mellottée, succr.

20e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1900 VOL. XXIII



Travaux Originaux

NÉCROSE AIGUË INFECTIEUSE[1] DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR SUIVIE DE MORT

Par M. le Dr N. ETCHEPAREBORDA, de Buenos-Ayres, D. E. D. P.

Le jeudi 30 novembre, je fus appelé en consultation par mon ami le Dr Centerro pour voir un enfant malade. Il s'agissait d'un petit garçon de huit ans qui avait ressenti, le samedi précédent, une légère douleur au niveau des dents. Son père l'avait conduit chez un dentiste, lequel, ayant constaté que la deuxième molaire inférieure droite temporaire était atteinte de carie pénétrante[2], lui fit un simple pansement et ordonna des applications de cocaïne pour le cas où la douleur se reproduirait. La douleur disparut et, le lendemain dimanche, l'enfant alla à la promenade et passa sa journée très gaiement ; le lundi, il partit pour la campagne et fit, en chemin de fer et en voiture, un voyage de plusieurs heures. A peine arrivé à destination, il ressentit à nouveau de la douleur dans la région dentaire, mais assez

1. Classification de Tillaux, *Traité de chirurgie clinique.*
2. Lannelongue a insisté sur la nécessité d'une porte d'entrée pour la production de l'ostéo-myélite du maxillaire, que cette porte d'entrée soit constituée par une simple solution de continuité de la muqueuse ou par une dent cariée.

légèrement, puisqu'il continua à jouer ; un peu plus tard la douleur devint plus vive et persistante. Le lendemain mardi, un léger gonflement apparut à la joue droite, la douleur devint plus intense, continue et s'accompagna de malaise général et de fièvre. La mère, alarmée, décida de retourner en ville avec son fils et télégraphia à son médecin et à son dentiste.

Ce dernier commença par enlever la dent qu'il jugeait être la cause de tout le mal et fut fort surpris de ne pas voir apparaître de pus dans l'alvéole; le médecin qui arrivait sur ces entrefaites constata l'existence des phénomènes généraux suivants : agitation, délire, température au-dessus de 39°, etc. Le lendemain, les symptômes ayant persisté, on pratiqua l'extraction de la dent de lait voisine devenue chancelante, puis de la première grosse molaire devenue mobile à son tour, et cela sans donner issue au pus et sans que le malade fût soulagé ; au contraire, l'état général s'était aggravé. C'est alors que le médecin me fit appeler.

Je me trouvai en présence d'un enfant amaigri, très pâle, ayant une vaste tuméfaction de toute la moitié droite de la région du maxillaire inférieur, tuméfaction qui s'étendait sur les régions voisines, principalement sur la partie supérieure du cou et aussi, bien qu'à un moindre degré, vers la partie antéro-inférieure de la région temporale ; la peau, très distendue, n'était pas rouge ; en aucun point on ne percevait de fluctuation ; les ganglions sous-maxillaires étaient très engorgés, mais le médecin de l'enfant m'affirma qu'ils l'étaient depuis longtemps déjà.

En faisant ouvrir la bouche, on constatait que le bord alvéolaire du côté malade était recouvert par la gencive très tuméfiée, depuis le bord antérieur de la branche montante jusqu'aux incisives centrales : c'est en ce dernier point que la gencive était le plus enflammée et présentait quelques petites plaques blanchâtres.

La tuméfaction ne s'étendait pas du côté du plancher de la bouche.

En exerçant une légère pression sur le bord alvéolaire

droit, on voyait s'écouler par les alvéoles des dents précédemment extraites une petite quantité de sérosité purulente d'une grande fétidité.

Toutes les dents entourées par la gencive tuméfiée étaient très chancelantes.

Je compris immédiatement que je n'étais pas en présence d'un de ces cas si fréquents, même graves parfois, qui sont des complications de périostites alvéolaires, et dans lesquels on peut observer des tuméfactions plus considérables que celle de mon petit malade ; mais chez ce dernier, la défaillance, la fièvre qui avait atteint 40°, l'intensité des phénomènes locaux à l'intérieur de la bouche, l'aspect général, tout dénotait un état d'une extrême gravité.

Je diagnostiquai une nécrose aiguë infectieuse consécutive à une ostéo-myélite, cette maladie si bien étudiée par Lannelongue, qui, au dire d'Heidenreich, n'est qu'une variété d'ostéite, maladie heureusement peu fréquente, car, ainsi que le confirme ce dernier auteur, elle revêt parfois une gravité telle qu'elle rend toute intervention inutile.

Je résolus de tenir la conduite conseillée en pareil cas par Tillaux, c'est-à-dire de s'abstenir de toute intervention jusqu'à mobilisation du séquestre. Jusque-là il faudrait surveiller la marche de l'affection, de façon à intervenir quand même, au cas où l'inflammation, s'étendant du côté des voies respiratoires, menacerait de compromettre la vie du malade. J'avais alors l'espoir que le mal se limiterait.

Je considère comme tout à fait inutile, pour ne pas dire ridicule et, de plus, dangereuse, la pratique suivie par quelques chirurgiens, qui ont recours à la trépanation du maxillaire inférieur. Quiconque connaît la structure de cet os ne l'assimilera pas à un os long et ne considérera pas le canal dentaire comme un canal médullaire.

Je connais une dame qui était d'une grande beauté et dont le visage porte aujourd'hui une longue cicatrice. Elle fut, il y a quelques années, opérée par Péan, qui lui fit plusieurs trépanations avec une grosse fraise montée sur le tour dentaire. Malgré cette opération, le maxillaire se né-

crosa sur une vaste étendue ; il fut nécessaire d'intervenir à plusieurs reprises, et la malade ne guérit que dix-huit mois après la trépanation.

L'exactitude du diagnostic que je venais de poser se trouva confirmée dans mon esprit par ce que j'appris du passé pathologique de ce jeune malade ; on y retrouvait en effet : conjonctivite purulente, fièvre typhoïde, croup ayant nécessité la trachéotomie, et surtout, deux années auparavant, des ostéo-périostites ou ostéo-myélites aux deux jambes, terminées d'une façon heureuse.

Quant à moi, tout cela prouvait une prédisposition, une tendance du côté des os de cet enfant aux phénomènes pathologiques de la croissance, dont l'ostéo-myélite est une manifestation.

Tillaux rapporte dans son *Traité de chirurgie clinique* l'histoire d'un cas d'ostéo-myélite suraiguë de l'humérus, chez un sujet qui avait eu quelques années auparavant une ostéo-myélite du tibia, et je pense qu'il serait intéressant de rechercher si les ostéo-myélites, même peu graves, ne laissent pas chez le sujet qui en a été atteint un terrain préparé à la production d'une nouvelle ostéo-myélite.

Comme traitement local, nous ordonnâmes de fréquents lavages au formol et aussi, de temps en temps, à l'eau oxygénée.

Il était midi quand je vis mon malade pour la première fois ; à six heures, l'inflammation avait fait de rapides progrès et s'étendait déjà jusqu'au niveau des incisives et de la canine du côté gauche. Vingt-quatre heures plus tard, le pus apparut en plus grande quantité, toujours très fétide, malgré les irrigations antiseptiques presque continues. L'examen de la bouche montra que le périoste était tout à fait décollé au niveau des points dépourvus de dents et le maxillaire apparut en cet endroit d'une couleur noirâtre.

Mercredi, il sembla que l'état local ne s'était pas aggravé, ce qui nous rendit moins pessimistes quant à l'issue de la maladie.

Mais le jeudi, les phénomènes généraux s'aggravèrent,

avec dépression des forces ; une consultation eut lieu avec d'autres médecins et chirurgiens, et il fut décidé qu'on interviendrait pour donner une issue plus libre aux produits de la suppuration.

Je dois dire ici que mon diagnostic n'avait pas été accepté par tous mes collègues présents : certains d'entre eux étaient convaincus qu'il s'agissait tout simplement d'un cas d'ostéo-périostite suppurée et que tout se terminerait dès qu'on aurait ouvert au pus une voie plus large.

Malgré les arguments que je présentai contre l'intervention, celle-ci fut décidée.

Le samedi, à cinq heures de l'après-midi, le malade fut chloroformisé, et le chirurgien fit, parallèlement au bord inférieur du maxillaire, une incision de quelques centimètres ; la sonde fit le reste et arriva jusque sur le maxillaire même, mais le pus n'apparut pas. On laissa de la gaze dans la plaie.

Quelques heures plus tard, le médecin de la maison constatait que la température s'était abaissée à 37 degrés, mais elle ne s'y maintint que quelques moments.

Les symptômes généraux reprirent bientôt toute leur gravité ; le lendemain matin, à l'heure où nous vîmes l'enfant, la température était remontée à 39°, la langue était très sèche. La gaze, retirée de la plaie, ramena avec elle un peu de pus très infect. Cependant des modifications importantes s'étaient produites dans l'état local : la tuméfaction avait légèrement diminué du côté droit, mais l'inflammation s'était étendue au côté gauche resté jusqu'alors indemne. Toutes les dents étaient chancelantes, et si l'on exerçait une légère pression sur la portion nouvellement atteinte, on voyait sortir du pus entre la gencive et le collet des dents. Cependant, en considérant extérieurement le côté nouvellement malade, on constatait que la fluxion était à peine prononcée et l'on n'aurait pas pu supposer qu'il se passait dans le maxillaire des phénomènes aussi graves.

Ce nouveau progrès de la maladie était pour nous la preuve que le processus avait débuté dans l'os lui-même.

La situation était désespérée, et tous maintenant nous comprenions qu'une terminaison fatale était imminente, car il était évident que les phénomènes d'infection générale dominaient la scène.

Cependant, le malade ne fut pas abandonné à lui-même ; la gencive fut largement débridée pour faciliter l'écoulement du pus et permettre aussi les lavages antiseptiques.

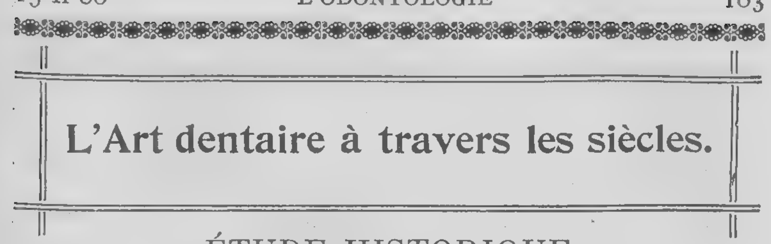
Le traitement général n'avait pas été négligé, et le médecin luttait avec désespoir pour conjurer le dénoûment prévu. On fit tout ce qu'il était possible de faire : administrations d'antipyrine, injections de caféine, lavements de sérum, etc. Mais, malgré tout, l'enfant succomba le mardi 5 décembre, c'est-à-dire une semaine après l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Étant donné la rareté de cas semblables et la marche insolite qui caractérisa celui-ci, je crois qu'il est de mon devoir de le faire connaître aux jeunes lecteurs de *L'Odontologie*, pour bien les convaincre qu'il ne faut pas considérer négligemment les complications de la carie dentaire, car on peut très bien les confondre avec des affections capables de tuer rapidement, même sans tuméfaction volumineuse, sans suppuration épuisante et sans complications du côté des voies aériennes.

PLANCHE III.



Dr LOUIS THOMAS.



L'Art dentaire à travers les siècles.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Conférence faite à la séance annuelle de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris.

Par M. le D[r] Maurice Roy.
Professeur suppléant de clinique.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs.

Lorsque le Conseil de Direction de l'Ecole m'a fait l'honneur de me demander de faire la conférence de la séance de réouverture des cours, j'ai été assez embarrassé dans le choix du sujet à traiter, celui-ci devant répondre à un double but : intéresser les professionnels et ne pas trop..... ennuyer les profanes. Nous avons en effet le plaisir d'avoir parmi nous ce soir un grand nombre de personnes étrangères à la profession, qui ont bien voulu nous faire le grand honneur de venir par leur présence rehausser l'éclat de cette fête professionnelle, fête à laquelle nous sommes heureux de voir présider un homme qui occupe, à juste titre, une place considérable dans la science et dans la politique. Je remplis un devoir au début de cette conférence en remerciant M. le Sénateur Pozzi, qui a bien voulu venir apporter son appui à une œuvre d'enseignement comme la nôtre, lui que les questions d'enseignement intéressent au plus haut point, ainsi qu'on l'a vu par son remarquable rapport au Sénat.

Donc, pour remplir le double but que je me suis proposé, j'ai résolu de vous faire une sorte d'historique de la thérapeutique dentaire, qui formera la leçon d'ouverture du cours dont je suis chargé à l'Ecole et dont le sujet intéressera peut-être un peu les profanes (malheureusement pour eux hélas! plus ou moins tributaires de cette thérapeutique) en leur montrant les progrès accomplis dans cette branche de l'art de guérir.

Je n'ai pas l'intention de remonter jusqu'à l'antiquité et de refaire ce qui a été si bien fait [1] par un homme plus autorisé que moi en la matière, mon si regretté maître, le D[r] Thomas, dont le buste [2] qui est dans cette salle évoque si bien la bonne et intelligente figure.

1. L. Thomas, *L'Odontologie dans l'antiquité*. Paris, 1888.
2. Voir planche ci-contre.

Mon étude ne portera que sur les temps modernes, sur l'époque où l'Odontologie a commencé à se créer une place à part en chirurgie, arrivant à former, en raison de sa thérapeutique spéciale, une profession très distincte.

En effet, par la nature particulière des connaissances qu'elle exige, par l'habileté manuelle que nécessite la dentisterie opératoire, c'est la thérapeutique spéciale qui a amené et nécessité l'autonomie de l'Art dentaire.

Prenant l'Art dentaire au XVI[e] siècle, au moment où il est à l'état embryonnaire, où il n'y a pas encore de dentistes, mais des *dentateurs,* je vous montrerai les transformations que subit la thérapeutique dentaire à travers les âges. Vous verrez que, jusqu'au milieu du XIX[e] siècle, les progrès thérapeutiques sont lents, peu importants; mais que tout à coup, avec la création des écoles dentaires, cette thérapeutique progresse d'incroyable façon pour arriver aujourd'hui, à la fin du siècle, à être presque totalement différente de ce qu'elle était à son début.

Le sujet est vaste, mais je m'efforcerai d'être aussi bref qu'il est possible, pour ne pas abuser de votre attention, tout en cherchant à vous donner un tableau exact de la pratique des dentistes aux différentes époques.

I. — La thérapeutique dentaire au XVI[e] siècle et le mouvement odontologique jusqu'au commencement du XIX[e] siècle

Nous avons une idée des connaissances en art dentaire au XVI[e] siècle dans les œuvres d'Ambroise Paré, où l'on trouve un certain nombre d'indications thérapeutiques relatives aux affections des dents; mais ce ne sont encore, pour une bonne part, que les préceptes de Galien et autres anciens auteurs qui sont reproduits dans cet ouvrage. Ce que l'on cherche à guérir, ce ne sont pas les dents, c'est plutôt la douleur de dent, dont la cause est dite, suivant les cas, chaude ou froide d'après les idées de l'époque sur la pathogénie des maladies, qui étaient considérées comme étant, les unes de cause chaude, les autres de cause froide. Bien naturellement le traitement variait dans l'un et l'autre cas.

« Pour la cure, dit Ambroise Paré, il y a trois intentions, la première est ordonner le régime ; la seconde, purger la matière antécédente ; la troisième, application des remèdes particuliers propres à seder (calmer) cette extrême douleur »[1].

Je vous fais grâce des nombreux agents qui pouvaient être mis en œuvre pour remplir ces trois intentions, purgatifs, saignée, etc., ains que des divers remèdes à mettre dans la bouche ou sur une autre partie du corps, tel par exemple que le moyen qui consiste à « faire tenir des ails pilez en la main du côté de la douleur.»[2] Ce dernier remède de-

1. Œuvres d'Ambroise Paré. Lyon 1652, p. 394.
2. *Ibid.*

vait être assez courant à l'époque, si l'on en juge par ce que raconte Brantome parlant de lui-même : « Je fus deux jours sans l'aller voir (il s'agit d'Elisabeth de France, femme de Philippe II, Roi d'Espagne) à cause du rhume des dents que j'avais gagné sur la mer; elle demanda à Riberac fille où j'étais et si j'étais malade ; et ayant su mon mal, elle m'envoya son apothiquaire qui m'apporta une herbe très singulière pour ce mal que la mettant et la tenant dans le creux de la main, soudain le mal se passe comme il me passa aussitôt »[1].

C'est, vous le voyez, l'époque des remèdes de bonne femme dans toute sa splendeur.

Pour la carie des dents, c'est la lime et le cautère qui sont seuls employés, joints à divers médicaments destinés à faire mourir les vers qui sont dans les dents.

Hippocrate, en effet, ayant dit que des vers s'engendraient dans les dents cariées, nombre d'auteurs, jusqu'au début de ce siècle, adoptèrent cette opinion. Certains donnèrent une description des vers des dents; d'autres même allèrent jusqu'à les dessiner, ô puissance de la foi hippocratique ! Tous les auteurs sérieux ne manquèrent pas, bien entendu, de protester contre cette opinion erronée.

Si sur ce sujet Ambroise Paré n'apporte rien de nouveau, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'extraction des dents, que cet habile chirurgien connaissait bien et qu'il pratiquait à l'aide du poussoir, du davier et du polican, dont il donne la description.

Tel était l'état de notre thérapeutique spéciale au XVI[e] siècle.

C'est à la fin de ce même siècle, en 1582, que parut le premier écrit spécialement relatif à l'art dentaire; il est dû à un Français, ainsi du reste que presque tous les ouvrages sur cette matière parus jusqu'au XIX[e] siècle. C'est le livre d'Urbain Hémard, médecin du Rouergue et chirurgien du Cardinal d'Armagnac, intitulé *Recherche de la vraye anathomie des dents, nature et propriétés d'icelles*[2].

Les quelques notions thérapeutiques que l'on peut trouver dans cet ouvrage sont peu diffférentes de celles données par Ambroise Paré. Ce livre est néanmoins très intéressant au point de vue historique, car Hémard a lu et cite les passages relatifs aux dents parus dans de vieux auteurs, complètement inconnus aujourd'hui.

Il faut ensuite franchir une période de cent ans pour trouver un second écrit relatif aux dents; c'est une *Dissertation sur les dents* parue en 1679 et due à un dentiste nommé B. Martin. Ce livre est surtout curieux en tant qu'il montre l'état peu avancé des connaissances des dentistes de ce temps ; il dénote du reste dans son auteur un praticien d'un savoir plutôt médiocre.

C'est cinquante ans plus tard, en 1728, que parut un livre qui

1. Dames illustres. Vie d'Elisabeth.
2. Imprimé à Lyon par Benoist Rigaud, 1582.

marque une époque capitale dans notre art. Ce livre, intitulé *le Chirurgien-Dentiste ou Traité des dents*[1], était dû à Pierre Fauchard, le fondateur de l'Art dentaire.

Cet ouvrage était le premier livre didactique sur la matière ; c'était l'œuvre d'un praticien éminent et instruit qui sut rompre avec les usages de son temps en ne craignant pas de faire profiter ses confrères des fruits de son savoir et de son expérience. Il condensa en deux volumes, encore intéressants de nos jours, les connaissances de son époque sur l'art dentaire.

Ce livre obtint un tel succès qu'il eut une seconde édition du vivant de son auteur et qu'il fut traduit en plusieurs langues étrangères.

A partir de ce moment les écrits se multiplient ; certains esprits chagrins les trouvent même trop nombreux, s'il faut en croire ce que dit Bourdet dans l'avertissement de ses *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du Dentiste*, paru en 1757. Avec Bourdet, Bunon[2], Lécluse[3], Jourdain[4], pour ne citer que ceux qui nous intéressent plus particulièrement pour notre sujet, publient de remarquables ouvrages. C'est une période extrêmement intéressante pour les dentistes et pour les Français en particulier, car c'est notre pays qui est, à cette époque, le grand centre de l'art dentaire et ce sont deux de nos compatriotes qui, partis avec Lafayette, iront jeter en Amérique les fondements de cette science dentaire qui devait plus tard y briller d'un si vif éclat.

En Angleterre les publications commencent à se produire, et le savant Hunter consacre aux dents un Traité remarquable au point de vue anatomique et physiologique[5]. Un peu plus tard Blake[6] publie un ouvrage sur l'anatomie et la physiologie dentaires.

En France Laforgue[7] publiait en 1802 un *Art du Dentiste* très complet, qui était immédiatement traduit en allemand.

II. — La thérapeutique dentaire du XVIe au XVIIIe siècle.

1°. — *Traitement de la carie dentaire.*

Dans ce mouvement si actif qui s'étend jusqu'au XIXe siècle, mou-

1. *Le Chirurgien-Dentiste ou Traité des Dents. Où l'on enseigne les moyens de les entretenir propres et saines, de les embellir, d'en réparer la perte et de remédier à leurs maladies, à celles des gencives et aux accidents qui peuvent survenir aux autres parties voisines des Dents*, par Pierre Fauchard, Chirurgien-dentiste à Paris, 2 vol. in-12. Paris, 1728.

2. Bunon, *Essai sur les Maladies des Dents*, in-12. Paris, 1743.

Du même auteur, *Expériences et Démonstrations pour servir de suite et de preuves à l'essai sur les Maladies des Dents*, in-12, Paris, 1746.

3. Lécluse, *Nouveaux éléments d'Odontologie*, in-12. Paris, 1754.

4. Jourdain, *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent*, 2 vol. in-8, 1778.

5. Hunter, *Traité des Dents humaines*, 1771.

6, Blake, *Disputatio medica inauguralis de dentium formatione et structura in homine et in variis animalibus*, in-8° Edimbourg, 1798.

7. Laforgue, *L'Art du Dentiste*. Paris, an X, 1802.

vement dont je viens de vous donner un aperçu, que devenait la thérapeutique dentaire, quelles modifications subissait le traitement des diverses affections du ressort du dentiste? Hélas! j'ai le regret de le dire, si les connaissances en anatomie et en pathologie augmentaient sans cesse, la thérapeutique, elle, faisait peu de progrès.

Le traitement de la carie dentaire restait à peu près stationnaire en raison des matières obturatrices et des instruments si imparfaits que possédaient alors les praticiens.

Je vous ai donné un aperçu de la façon dont Ambroise Paré traitait la carie dentaire; Urbain Hémard et Martin n'agissent pas différemment: c'est la lime et le cautère qui font tous les frais du traitement. On espère arrêter la carie par ces moyens et par divers remèdes généraux, car la carie est, pour ces auteurs comme pour Ambroise Paré, une maladie de cause interne, tenant à des modifications des humeurs; elle doit donc être traitée par des remèdes internes. Ils acceptent avec crédulité les remèdes les plus étranges. Urbain Hémard toutefois, avec une hardiesse notoire pour son temps, déclare qu'il ne croit pas à la vertu de certains billets, caractères ou charmes suspendus au cou pour guérir les maux de dents et attribue la disparition de la douleur, qu'on peut, dit-il, obtenir parfois avec ces moyens, à l'émotion provoquée chez les sujets[1].

Quant à Martin, il conte très sérieusement l'histoire d'une personne de qualité qui, ayant essayé en vain tous les moyens de guérir la carie qui attaquait ses dents, se décida à user d'un remède qui lui réussit, dit-il, parfaitement et « qui n'était autre chose que de se laver tous les matins la bouche et les dents de son urine »[2].

Avec Fauchard et ses successeurs nous voyons disparaître ces idées saugrenues. Ils attribuent toujours la carie à des causes générales au sujet desquelles ils dissertent longuement, mais ils traitent cette affection par l'excision, la cautérisation et le plombage, qu'ils pratiquent avec des feuilles de plomb, d'étain, ou d'or foulées sous forme de bandes ou de boulettes dans les cavités. Toutefois, le nombre des caries traitables de cette manière n'est pas très grand, car beaucoup de cavités ne peuvent pas, disent-il, *tenir le plomb;* aussi usent-ils de la lime largement pour toutes les caries interstitielles qui sont dans ce cas.

Le traitement de la pulpe leur est inconnu; ils cherchent bien à la détruire en la dilacérant, en la brûlant avec le cautère actuel ou des acides minéraux, mais ils reconnaissent l'imperfection de ces moyens et préfèrent enlever les dents dont la pulpe est atteinte, parce qu'ils en savent la guérison impossible[3]. Bourdet, cependant, propose la luxation, le déplacement des dents, pour détruire les « parties nerveu-

1. Urbain Hémard, *loc. cit.* p. 75.
2. B. Martin, *loc. cit.* p. 63.
3. Bourdet, *Loc. cit.*, p. 133.

ses » et conseille de drainer la dent par une petite ouverture dans le plomb si elle est douloureuse après l'obturation[1].

Fauchard s'élève contre la cautérisation de l'oreille, très en faveur de son temps contre les maux de dents. « Il y en a, dit-il, qui prétendent être si habiles que, si l'on veut les en croire, ils guériront les maux de dents les plus invétérés en scarifiant ou cautérisant les oreilles avec un fer rouge, ce qu'ils appellent barrer la veine. » Le célèbre anatomiste Valsava avait déterminé avec grand soin l'endroit de l'oreille à cautériser, ainsi que la grandeur du cautère et la manière de l'appliquer, mais cela n'avait pas convaincu Fauchard. « Je ne saurais me persuader, ajoute-t-il, qu'on guérisse par là les douleurs qui arrivent communément aux dents.

« J'ai connu à Nantes, ville de Bretagne, un Turc, horloger de profession, qui était renommé pour cette manière de guérir les douleurs de dents. Je sais aussi que, nonobstant ces prétendues guérisons, la plupart de ceux qui se mirent entre ses mains furent enfin obligés d'avoir recours à moi pour soulager leur douleur. J'ai vu depuis plusieurs autres personnes se servir du même moyen avec aussi peu de succès »[2].

Etant donné l'insuffisance du traitement des caries simples, on pense ce que devait être celui des complications de la carie, périostite, abcès alvéolaire, etc ; toutes ces affections sont traitées par des remèdes plus ou moins compliqués[3], reflétant les idées thérapeutiques de l'époque, et par des cataplasmes de plantes variées composés avec un art savant. Voyez plutôt entre mille cette formule indiquée par Lécluse pour un cataplasme qui, dit-il, lui a souvent réussi contre la fluxion en le renouvelant de temps en temps :

« On prend mauve, guimauve, mercuriale, seneçon, pariétaire, et violettes parties égales. On les fait bien cuire dans une suffisante quantité d'eau de fontaine; on en tire la pulpe à travers un linge ou par un tamis de crin; on dissout ensuite cette pulpe dans la décoction et on y ajoute des farines de seigle et de lin : on fait digérer le tout à petit feu pendant deux ou trois heures ou environ en remuant toujours ; on y jette du miel commun et de la gomme ammoniac dissoute dans le vinaigre. On remet encore cette composition pendant une demi-heure en la remuant toujours et en l'ôtant du feu, on y ajoute les huiles de lin, de camomille, de mélilot, de lys et l'onguent d'althéa »[4].

---

1. Bourdet, *Loc. cit.*, p. 101.
2. Fauchard, *Loc. cit.*, tome I, p. 124.
3. Fait intéressant à noter, cependant : tous les anciens auteurs, même Hémard, savaient que les dents présentant de l'abrasion mécanique devaient, quand elles faisaient mal, être trépanées pour évacuer le pus qui se trouvait alors dans le canal.
4. Lécluse, *Loc. cit.*, p. 156.

On croira assez facilement qu'en renouvelant de temps en temps un cataplasme dont la préparation devait demander au moins six heures, une fluxion pouvait parfois commencer à disparaître.

L'impuissance des moyens thérapeutiques alors employés poussait les dentistes à pratiquer, avec une fréquence qui ne laisse pas que de nous étonner un peu aujourd'hui, une opération cependant assez délicate : la transplantation des dents.

La réimplantation avait été pratiquée depuis fort longtemps pour remédier aux accidents dus à la défectuosité des instruments d'extraction qui amenaient parfois une dent pour une autre. Les dentistes avaient remarqué que la dent saine remise en place reprenait assez souvent sa solidité première. Encouragés par le succès de cette opération, ils tentèrent la transplantation de dents vivantes et même de dents sèches [1].

Certains opérateurs allèrent même plus loin dans leurs tentatives de greffe et Bourdet nous apprend, avec indignation du reste, qu'un dentiste avait pratiqué l'implantation de dents dans des alvéoles artificiellement creusés[2]. *Nil novi sub sole.*

Ambroise Paré connaissait déjà la transplantation et, au XVIII[e] siècle, cette opération était pratiquée couramment. A cette époque même, les petits ramoneurs étaient en quelque sorte des fournisseurs attitrés de bonnes dents pour transplantation.

« Les petits ramoneurs à Paris, nous dit Laforgue, sont ordinairement d'excellente santé ; la pauvreté et l'ignorance du prix de leurs dents les portent à se les laisser arracher pour de l'argent, les dentistes les arrangent pour être mises à la place de celles qu'ils veulent remplacer » [3].

Le succès était loin de couronner toujours cette opération ; mais les gens riches la recherchaient quand même lorsqu'une dent antérieure venait à être détruite par la carie, dont les dentistes d'alors, nous l'avons vu, étaient bien souvent impuissants à arrêter les progrès.

---

1. C'est vers 1770 que Hunter fit sur la greffe dentaire des études fort intéressantes et réussit même à greffer une dent humaine dans la crête d'un coq. (Œuvres complètes de Hunter, traduction Richelot 1843 t. II, p. 130.)

2. Il y a quelques années qu'à Paris un charlatan des plus confirmés s'avisa de substituer de nouvelles dents à des racines qu'il extirpait. Il commençait par excaver le fond de l'alvéole pour l'agrandir et pour y loger plus avant la racine de la dent de remplacement qu'il disait être une *dent de mouton*, pour singulariser cette belle manœuvre, mais qui n'était qu'une dent ordinaire. Il osa même faire à d'autres personnes privées depuis longtemps de leurs dents une opération encore plus douloureuse. Il leur ouvrait les gencives et faisait dans la mâchoire un trou assez profond pour y loger la racine d'une dent nouvelle qu'il attachait par un fil aux dents voisines, en attendant disait-il qu'elle fût reprise. (Bourdet, *Soins faciles pour la propreté des dents*, in-18. Paris, 1771.)

3. Laforgue, *loc. cit.*, p. 113. Ce sujet a même fourni à Victor Hugo un épisode des *Misérables*.

En somme, en dehors du *plombage* de certaines caries particulièrement favorables, l'extraction était encore au XVIII[e] siècle *l'ultima ratio* du traitement de la carie dentaire.

2°. — *L'extraction des dents.*

Les praticiens instruits et consciencieux avaient cependant de grands scrupules à enlever des organes aussi utiles par l'importance de leur usage. Le bon Fauchard s'élève même contre le titre d'*arracheurs de dents* donné souvent aux dentistes, disant que, si certains d'entre eux méritent ce titre, d'autres, au contraire, méritent celui de *conservateurs de dents*; mais cela néanmoins ne l'empêchait pas, à son grand regret, d'être obligé d'en enlever quand même un grand nombre, que les malades étaient dans l'impossibilité de conserver sans souffrance.

Tous les dentistes pratiquaient donc l'extraction et, en raison de la fréquence de cette opération, ils devaient certainement bien l'exécuter, eu égard aux instruments grossiers en leur possession.

Au sujet de l'extraction des dents, leurs livres contiennent beaucoup de bonnes choses. Ils s'élèvent tous contre le fameux préjugé de la dent de l'œil, qui est certainement bien ancien puisqu'il existait déjà en 1582 et qu'Urbain Hémard réfutait déjà cette erreur populaire. « Après elles, dit-il sortent les canines ou dents de chien dites en grec Caunodontes.....Ceux qui les appellent œilhères ont eu quelque esgard à la rectitude de l'œil avec lequel quelques-uns estiment qu'il y a grande communication qui leur fait grandement doubter de la perte desdites dents cuidans que l'œil demeure intéressé, si une fois telle dent tumbe, mais cela n'est point digne de considération [1]. »

Pour la plupart ils ne craignent pas l'extraction en cas d'abcès ou de fluxion ; Bourdet la conseille même très formellement en en donnant de fort bonnes raisons [2].

Il est fait toutefois dans leurs ouvrages une place assez considérable, et pour cause, aux accidents de l'extraction des dents, ce qui se conçoit avec l'arsenal opératoire dont ils disposaient. Cependant, ils ne paraissent pas en avoir eu de très graves, eux personnellement, mais ils les connaissaient bien par les victimes qui leur venaient après avoir été opérées par des charlatans ou des artisans divers, car, paraît-il, tout le monde à peu près se mêlait d'arracher des dents. Ecoutez plutôt Fauchard parlant des accidents de l'extraction : « Si chacun ne se mêlait que d'une seule profession et qu'il en fût bien instruit, on ne verrait pas si souvent arriver ces sortes d'accidents ; mais tant

1. Urbain Hémard, *loc. cit.*, p. 45.
2. Bourdet, *loc. cit.*, tome II, p. 178.

de gens s'ingèrent de travailler aux dents, quoiqu'ils soient d'une autre profession, que je crois qu'il y aura bientôt plus de dentistes que de personnes affligées de maux de dents. Il y a même certains couteliers qui se mêlent d'ôter les dents ; apparemment les instruments qu'ils font leur donnent la démangeaison de les essayer »[1].

Il arrivait donc souvent à ces opérateurs improvisés des aventures fâcheuses, mais ils savaient quelquefois se sortir avec esprit de l'embarras dans lequel aurait pu les mettre leur maladresse. Je ne puis à ce propos résister au plaisir de vous citer la plaisante aventure que conte Ambroise Paré avec sa bonhomie habituelle.

« Il faut être bien industrieux, dit-il, à l'usage des policans, à cause que si on ne s'en sçait bien aider on peut faillir à jetter trois dents hors de la bouche et laisser la mauvaise et gastée dedans.

» Qu'il soit vray, je veux ici réciter une histoire d'un maistre barbier demeurant à Orléans, nommé maistre François Louys, lequel avait par-dessus tous l'honneur de bien arracher une dent ; de façon que tous les samedys plusieurs paysans ayant mal aux dents venaient vers lui pour les faire arracher, ce qu'il faisait fort dextrement avec un polican, et lorsqu'il avait fait, le jettait sur un ais en sa boutique. Or avait-il un serviteur nouveau, Picard, grand et fort, qui désirait tirer les dents à la mode de son maistre. Arriva cependant que ledit François Louys disnait, un villageois requérant qu'on lui arrachast une dent, ce Picard print l'instrument de son maistre et s'essaya faire comme luy : mais au lieu d'oster la mauvaise dent au pauvre villageois luy en poussa et arracha trois bonnes. Et sentant une douleur extrême, et voyant trois dents hors de sa bouche (le villageois) commença à crier contre le Picard : lequel pour le faire taire lui dit qu'il ne dit mot et qu'il ne cria si haut, attendu que si le maistre venait il lui ferait payer les trois dents pour une.

« Dont le maistre oyant tel bruit, sortit hors de table pour scavoir la cause et raison de leur noise et contestation : mais le pauvre paysan, redoutant les menaces du Picard, et encore après avoir enduré telle douleur, qu'on ne luy fist payer triplement la peine dudit Picard, se teut et n'osant déclarer au dit maistre ce beau chef-d'œuvre : et ainsi le pauvre badaut de village s'en alla quitte, et pour une dent qu'il pensait faire arracher, en remporta trois en sa bourse, et celle qui lui causait le mal, en sa bouche[2]. »

Nous avons vu qu'au temps d'Ambroise Paré les instruments d'extraction étaient le *poussoir*, le *polican* (plus tard *pélican*) et le *davier* ; ce sont ces mêmes instruments, sans aucune modification, qui sont en usage jusqu'au XVIIIe siècle.

---

1. Fauchard, *loc. cit.*, tome I, p. 151.
1. Ambroise Paré, *loc. cit.*, p. 306.

Mais, à partir de ce moment l'arsenal opératoire se perfectionne ; chaque opérateur modifie, améliore ces divers instruments, surtout le pélican, que Garengeot, qui n'était pas un dentiste mais un chirurgien militaire, transforma pour en faire l'instrument qui porte son nom[1]. Le poussoir devient le pied de biche et la langue de carpe fait son apparition ; Lécluse décrit le manuel opératoire de ce dernier instrument et c'est à lui que paraît devoir être attribuée l'idée si heureuse du procédé d'extraction de la dent de sagesse inférieure à l'aide de la langue de carpe[2].

Les daviers, par contre, ne se modifient pas très sensiblement ; aussi sont-ils peu employés et considérés par certains comme devant servir à *déchapeller* (casser) la couronne des dents plutôt qu'à les enlever.

3°. — *Traitement de la périodontite expulsive et des affections buccales.*

Une affection qui ne pouvait manquer d'appeler l'attention des bons observateurs du siècle dernier, c'était la polyarthrite alvéolo-dentaire ou périodontite expulsive. C'est à Fauchard qu'on en doit la première description[3] et Jourdain a le premier soupçonné les rapports de cette affection avec certains états généraux, certaines diathèses[4].

Tous les auteurs sont d'accord sur les difficultés du traitement et la quasi incurabilité de l'affection. Cependant Bourdet préconise un traitement tout particulier et dont il donne une description très complète, traitement consistant dans l'excision en V de la gencive et la cautérisation des culs-de-sac gingivaux, procédé qui a été proposé de nouveau il y a quelques années par un de nos confrères[5].

---

1. Garengeot, *Nouveau traité des instruments de chirurgie les plus usités*, in-8. Paris, 1728.
2. Lécluse, *loc. cit.*, p. 142.
3. Fauchard, *loc. cit.*, et Bourdet, tome I, p. 281.
4. Jourdain, *loc. cit.*, V. II, p. 396.
5. Revenons au moyen de guérir la suppuration des gencives. Quand les gencives sont tellement dégarnies d'alvéole qu'il n'en reste plus que fort peu vers l'extrémité de la racine, la dent est sans aucune ressource et l'on ne peut qu'en reculer la perte en l'attachant aux dents voisines avec un fil d'or ou de soie. Mais quand la suppuration n'a pas fait de si grands progrès que l'alvéole n'est pas détruit fort avant et qu'il en reste encore assez pour maintenir la racine, on peut en arrêter le cours. Il s'agit d'avoir un cautère plat et délié que l'on fait bien rougir au feu ; on l'insinue au fond du vide qui se trouve entre la gencive et la racine de la dent et on l'y reporte deux ou trois fois en observant de bien brûler la gencive dans toute la face qui répond à la racine. Le reste du traitement consiste à faire observer au malade les lotions ci-devant prescrites et l'usage d'un opiat propre à cet effet. Si huit à dix jours après, en pressant l'extrémité des gencives, on aperçoit encore un peu de matière, il faut cautériser de nouveau. Si enfin l'écoulement ne cesse point ou que le malade refuse de supporter un troisième cautère, le seul parti qu'il y ait à prendre

Les anciens auteurs connaissaient forcément les affections de la muqueuse buccale, qu'ils décrivent bien, mais sans en bien discerner les causes et mélangeant, sous le nom de scorbut, les accidents spécifiques, les stomatites ulcéreuses, les gingivites phlegmoneuses et même les néoplasmes.

On comprend que, dans ces conditions, le traitement laissât souvent à désirer puisqu'ils traitent à peu près tout cela de la même façon c'est-à-dire par des scarifications et le cautère actuel.

Ils parlent de la gangrène des parties molles et de la carie du maxillaire comme d'une chose fréquente. Dans nombre de leurs observations à ce sujet il s'agit probablement de stomatites d'origine hydrargyrique, mais les auteurs du XVIIIe siècle ne paraissent pas connaître beaucoup cette cause dont ils parlent peu. Au XVIe siècle, au contraire, c'était un sujet bien connu et l'on trouve dans le petit livre d'Urbain Hémard un long chapitre bien curieux sur *l'ébranslement qui advient es dent à rayson de l'usage de l'argent vif*, chapitre qui suffirait, à défaut d'autre chose, à indiquer que cet ouvrage fut écrit au XVIe siècle. Cet auteur y parle assez longuement de la stomatite mercurielle due, non pas seulement, comme on pourrait le croire, au traitement de la maladie célèbre au XVIe siècle, mais aussi au sublimé qui entrait dans la composition des fards dont les dames de l'époque faisaient un grand usage, « se composant, dit Urbain Hémard, un beau masque de telles drogues au grand dommage et interest de leurs dents ».

Si tenace était la coquetterie des femmes, qu'elles ne voulaient pas y renoncer malgré les dangers que cela leur faisait courir. Aussi, l'auteur, « pour ne pas laisser sans remèdes les dents des damoyselles qui ne pensent ou ne veulent croire que le fard de l'argent vif ni du sublimé son fils puisse gaster et ronger leurs dents », conseille-t-il à celles-ci de se frotter les dents, avant d'appliquer leur fard, avec de la bonne thériaque détrempée dans du vin blanc, remède qui produit, dit-il, de merveilleux effets [1].

Si l'on en excepte Jourdain, qui publia un traité des maladies de la

---

pour le guérir est d'emporter toute la partie de la gencive qui est dépourvue d'alvéole. L'opération se fait avec des ciseaux à peu près semblables à ceux qui servent à découper, mais un peu plus forts par le bout : on coupe la gencive des deux côtés de la poche dans toute son étendue en faisant terminer les deux incisions en triangle. Tous les ulcères étant ainsi emportés avec la portion de la gencive, on nettoye la racine. Trois ou quatre jours après l'opération, on examine attentivement et l'on presse avec les doigts le résidu de la gencive pour s'assurer s'il reste encore de la matière en quelque endroit. S'il en paraît vers les parties latérales ou vers l'extrémité de la racine, il faut de nouveau couper la gencive pour emporter le reste des ulcères en ménageant la face extérieure (Bourdet, *Art du dentiste*, V. I, p. 288).

1. Urbain Hémard, *loc. cit.*, p. 84.

bouche, on trouve peu de choses dans les anciens auteurs sur le traitement des affections des mâchoires ou des régions annexes. Cela tient sans doute à ce que, à cette époque de spécialisation étroite de toutes les professions, à cette époque où les rôtisseurs n'avaient pas le droit de vendre des viandes bouillies, les dentistes, soignant les dents, n'avaient probablement pas qualité pour s'occuper d'autre chose. Cependant les chirurgiens leur demandaient parfois leur avis ; c'est ainsi que Bunon rapporte deux cas de fracture du maxillaire inférieur qu'il a traités sur la demande de chirurgiens[1].

Dans l'un de ces cas il fit la réduction et obtint la contention de la fracture en ligaturant, avec une forte soie, un grand nombre de dents de chaque côté du trait de fracture. Dans l'autre il employa le même moyen, mais en y adjoignant une pièce en ivoire formant attelle dans un espace dépourvu de dents au niveau même du trait de fracture. La consolidation s'obtint rapidement dans les deux cas.

Jourdain, lui, s'occupa particulièrement des maladies de la bouche et, tout spécialement, des affections du sinus, dont il donne une bonne description et un traitement souvent judicieux, sauf cependant quand il propose le traitement de certaines sinusites par l'orifice nasal du sinus. Il pratiquait aussi du reste le traitement de l'abcès du sinus par l'extraction d'une molaire ou par la fosse canine.

4°. — *Traitement des accidents de dentition.*

Si les maladies de la bouche préoccupent relativement peu les auteurs du siècle dernier, les accidents de dentition et leur traitement tiennent, par contre, une grande place dans leurs ouvrages. Toutes les affections de l'enfance peuvent être, pour eux, produites par la difficulté d'éruption des dents de lait. Hunter lui-même, ce savant auteur, n'hésite pas à mettre sur le compte de la dentition les choses les plus invraisemblables [2].

---

1. Bunon, *loc. cit.*, p. 272-278.

2. Pour Hunter, la dentition entraîne des maladies locales et des maladies constitutionnelles avec sympathie locale. Les symptômes généraux sont : la fièvre, tantôt légère, tantôt violente, et les convulsions générales. Les symptômes consécutifs partiels ou locaux sont extrêmement variés. « Voici, dit-il, ces symptômes dans l'ordre de leur plus grande fréquence.

« On observe de la diarrhée ; de la constipation, de la perte de l'appétit ; des éruptions à la peau, principalement sur la face et sur le péricrâne ; de la toux ; une haleine courte avec une sorte de respiration convulsive, semblable à celle qui est commune dans la coqueluche ; des spasmes locaux, soit continus, soit intermittents ; tantôt une augmentation, tantôt une diminution dans la sécrétion de l'urine ; *un écoulement de pus par le pénis, avec émission difficile et douloureuse des urines, simulant une violente gonorrhée.* » (Œuvres complètes de Hunter. Traduction Richelot, 1843, tome II, p. 139).

Ce qui est très curieux, c'est la quantité de remèdes qui sont proposés pour faciliter la sortie des dents ou combattre les accidents que la dentition est censée entraîner; mais ce qui est plus extraordinaire encore que la quantité des remèdes proposés, c'est leur bizarrerie.

Les dents de loup en hochet passaient pour avoir « quelque vertu cachée pour faire tost et promptement sortir les dents des enfants »[1]. B. Martin indique quelques remèdes propres au même effet : « Quelques-uns, dit-il, se servent de raisins de Damas appliqués sur la dent, la moelle de lièvre y est bonne, du sang de la crète d'un coq, des cloportes, des pattes de taupe pendues au col de l'enfant, mais j'estime plus l'extrait qui se fait avec les racines de chiendent[2] ». Ne croirait-on pas ces lignes extraites de quelque livre de sorcellerie plutôt que d'une dissertation sur les dents[3] !

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle on trouve de ces remèdes bizarres ; certaines moelles d'animaux ont une réputation générale et sont recommandées par tous les auteurs, notamment, la moelle de lièvre.

Fauchard dit que, pour frotter les gencives de l'enfant, on peut se servir utilement de la moelle et de la cervelle de lièvre, de la graisse d'un vieux coq ou de sa crête fraîchement coupée et teinte de son sang; ces quatre derniers remèdes sont très recommandés par plusieurs praticiens célèbres[4].

La cervelle de lièvre, nous dit A. Paré, est bonne « à cause qu'elle relasche et a une propriété occulte d'aider à faire sortir les dents ». La cervelle de cochon, dit-il, jouit des mêmes propriétés. Mais, s'il s'agit de convulsions causées par les dents, c'est, nous disent Lécluse et Fauchard, à la moelle de veau qu'il faudra recourir[5]. Pourquoi ce changement ? Mystère.

Je ne crois pas du reste qu'il soit nécessaire d'insister longuement sur tous ces enfantillages.

Tous les praticiens connaissent et pratiquent l'incision des gencives pour aider à la sortie des dents ; A. Paré la pratique sur ses enfants, et presque tous les auteurs, il est juste de le dire, lui reconnaissent plus de vertu qu'aux divers autres remèdes qu'ils indiquent. C'est le seul remède indiqué par Hunter.

---

1. Urbain Hémard, *loc. cit.*, p. 59.
2. B. Martin, *loc. cit.*, p. 21.
3. Certains de ces remèdes sont encore employés par les commères dans certaines provinces. Dans le Berri, notamment, j'ai vu il y a quelques années, un enfant portant au cou, dans un petit sachet, des pattes de taupe que sa mère lui avait mises dans le but de favoriser la sortie de ses dents.
4. Fauchard, *loc. cit.*, p. 178.
5. Lécluse, *Traité utile au public*, p. 24.

Mais, à cette époque déjà, quelques auteurs s'élèvent cependant contre cette exagération à voir, dans toutes les maladies de la première enfance, des accidents de dentition. Bunon essaye de réagir contre cette tendance et Laforgue va plus loin, en niant la réalité des prétendus accidents de dentition et en faisant en fort bons termes la critique des opinions contraires.

Si les idées des anciens sur l'éruption des premières dents étaient généralement fausses, il n'en était pas de même en ce qui concerne la surveillance et la direction de la seconde dentition ; sur ce sujet la plupart des auteurs ont, pour l'époque, des idées justes et s'élèvent contre l'extraction intempestive des dents de lait pratiquée par des opérateurs ignorants.

5°. — *Hygiène dentaire.*

L'hygiène buccale tient aussi une bonne place dans les préoccupations des dentistes d'autrefois. Tous ils en parlent, en reconnaissent la nécessité, mais ils la pratiquent assez mal.

En effet, d'une part, ils craignent de frotter les dents avec des agents trop résistants et ne conseillent que des linges, des éponges et, d'autre part, ils ne se montrent pas assez sévères dans la proscription des acides dont ils connaissent bien cependant le danger ; tout cela laisserait à supposer que, en dépit des dentifrices et opiats de nos prédécesseurs, la bouche de nos ancêtres devait laisser passablement à désirer sous le rapport de la propreté ; à moins cependant qu'ils ne se servissent de l'excellent dentifrice dont Martin nous conte la découverte en une anecdote au moins amusante, que je vous demanderai la permission de vous narrer, si ce n'est pas abuser des citations de ce genre en un aussi grave sujet.

« Une jeune damoiselle, dont les dents faisaient l'admiration de ceux qui la voyaient, estant au service d'un tête couronnée, il arriva lors qu'elle (la Reine) était à sa toilette, qu'on lui prit une boëte d'or où cette reyne mettait ses bijoux. Fâchée d'avoir perdu ce petit meuble, qui disparut en un moment, elle s'opiniâtra à scavoir la personne qui l'avait prise et commanda qu'on eut à visiter les chambres et les coffres des domestiques qui estaient à son service cette matinée là ; ce qui fut exécuté avec exactitude. Et comme cette damoiselle estait du nombre on lui demanda sa clef, mais elle refusa de faire voir son coffre disant qu'on aurait plutost sa vie.

« Cela, comme on peut croire, donna fort à penser à celuy qui avait reçu l'ordre de chercher et l'obligea de faire de nouvelles instances à cette damoiselle. Mais ce n'était pas la boëte qui l'empêchait de donner sa clef, c'était la honte qu'elle avait qu'on trouvât dans sa cassette des crottes de chat sauvage bien précieusement enveloppées qui lui servaient pour tout remède à nettoyer ses dents et les entre-

tenir de cette grande beauté, ce qu'elle n'avait point voulu dire, quelque prière qu'on luy eust faite d'apprendre ce qu'elle y faisait.

« Voilà, ajoute Martin, ce qui fait voir qu'il n'est pas inutile d'écouter les avis qu'on nous donne, car qui pourrait s'imaginer que des choses aussi méprisables que celles-là eussent cette propriété ? Cependant ces effets sont accompagnez de raisonnement puisque dans les urines et les excréments des animaux il y a beaucoup de sels et même volatils lesquels sont ennemis de la corruption et de la pourriture, de sorte qu'il ne faut pas s'étonner qu'ils aient cette vertu : car les sels blanchissent beaucoup les dents mais leur acrimonie blesse trop les gencives et leur fréquent usage de la corrosion en est pernicieux par la suite du temps. »

Heureusement qu'un peu plus loin, dans ce même chapitre qui est consacré à l'entretien des dents, il dit : « Je ne finirais jamais si je voulais mettre icy tous les remèdes qui ont été inventez pour conserver et nettoyer les dents. C'est pourquoi je me suis fixé à ceux que j'ai vu réussir. »

Que serait-ce, grand Dieu, s'il nous avait indiqué ceux qui ne réussissent pas !

Je me hâte de dire que ce n'est pas sur cet exemple, heureusement, qu'il faudrait se baser pour juger l'hygiène de nos devanciers, car Martin paraît avoir été, je vous en ai donné plusieurs exemples, un praticien plutôt médiocre et bien au-dessous d'Urbain Hémard comme connaissances dentaires, quoique celui-ci écrivît cent ans avant lui et fût un chirurgien ne s'occupant pas particulièrement des dents.

III. — La thérapeutique dentaire jusqu'en 1839.

Nous venons de voir l'état de la thérapeutique dentaire jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Pendant les premières années du XIXe paraissent encore un certain nombre d'ouvrages intéressants de Delabarre, Duval, Lemaire, Oudet, Fox et autres sur l'art dentaire en général ou quelque point particulier, mais ces auteurs n'apportent rien de bien nouveau au point de vue thérapeutique.

L'anatomie, la physiologie se précisent ; la prothèse, avec les dents de porcelaine, dont la découverte est due à un dentiste français, Dubois de Chement, se perfectionne et prend un développement rapide et les praticiens y deviennent fort habiles ; mais le traitement des dents et de leurs annexes ne se modifie pas sensiblement.

La thérapeutique des meilleurs dentistes de 1830 ne différait pas notablement, en effet, de celle qu'enseignait Laforgue dans le traité qu'il écrivait en 1802.

Alors que toutes les sciences étaient en voie d'évolution, que la

médecine, la chirurgie se modifiaient, l'art dentaire restait stagnant. Les causes de cet état de choses ne sont pas difficiles à pénétrer : elles résidaient uniquement dans l'absence d'enseignement professionnel.

La meilleure preuve, c'est que cet état était le même dans tous les pays et n'était pas particulier aux dentistes français qui, au contraire, dans la médiocrité générale, jouissaient, à juste titre du reste, d'une grande réputation de savoir et d'habileté. (Dans le royaume des aveugles, les borgnes sont rois.)

Heureusement pour l'Art dentaire, cette situation allait cesser avec la création de la première école dentaire, école qui, hélas ! ne fut pas créée en France, mais en Amérique.

Ainsi que je vous l'ai dit au début de cette conférence, c'étaient deux Français, Lemaire et Gardette, qui avaient été les importateurs de l'Art dentaire aux Etats-Unis d'Amérique. Cet art y avait pris une assez grande extension en rapport avec le développement si intense de ce pays.

Les dentistes américains sentirent de bonne heure la nécessité de l'organisation d'un enseignement professionnel, qui était la seule chose capable d'arracher leur profession à l'empirisme et à la routine et ils créèrent, à Baltimore, en 1839, la première Ecole Dentaire. Bientôt d'autres écoles se fondèrent, des sociétés, des journaux furent créés, et pendant quarante ans l'Amérique fut le véritable centre de l'Art dentaire.

La fondation de l'Ecole Dentaire de Paris, en 1880, est venue, pour notre pays, mettre fin à cet état de choses en donnant aux dentistes français la possibilité d'acquérir un enseignement professionnel qui ne laisse rien à envier à celui des pays étrangers et notamment de l'Amérique et en leur permettant à leur tour de travailler pour le progrès de la science dentaire. Les dentistes français s'y sont employés de leur mieux, et, après vingt ans d'efforts et de travail, ils ont le droit de dire aujourd'hui, sans faux orgueil, mais avec la conscience que l'homme doit avoir de sa valeur, qu'ils ont rattrapé le temps perdu.

IV. — Le mouvement thérapeutique moderne.

Faire l'historique de ces soixante dernières années serait une tâche ardue et qui dépasserait beaucoup trop le cadre de cette modeste causerie ; aussi me contenterai-je de vous énumérer sommairement les nombreuses découvertes et inventions qui ont révolutionné la thérapeutique dentaire. Je dis révolutionné et le mot n'est pas trop fort, en effet, car, contrairement à ce qui avait eu lieu précédemment, c'est cette thérapeutique qui a le plus bénéficié de

ce prodigieux mouvement de la seconde moitié du XIXe siècle[1].

Je vous rappellerai, avant toute chose, une découverte dont le domaine a dépassé de beaucoup le territoire restreint de la thérapeutique dentaire, découverte due à un dentiste et qui est peut-être une des plus belles conquêtes de l'humanité : je veux parler de l'*anesthésie chirurgicale* due à Horace Wells, dentiste de Hartford (Etats Unis). Les dentistes ont lieu d'être fiers de cette découverte de l'un des leurs et étendue encore par un autre de leurs confrères, Morton, de Boston, qui découvrit les propriétés anesthésiques de l'éther et fut un des premiers propagateurs de l'anesthésie.

En dehors de cette conquête, si grosse de conséquences pour le bien de l'humanité, les progrès accomplis en thérapeutique dentaire sont dus à des découvertes et à des inventions d'ordres divers que, pour la facilité de la description, je rangerai en trois catégories :

Les matières obturatrices.

Les instruments.

Les procédés de traitement.

Nous avons vu qu'au XVIIIe siècle on employait pour l'obturation, pour le *plombage* des dents, du plomb, de l'étain ou de l'or en feuilles. L'usage du plomb était tombé bientôt en desuétude et l'on employait surtout l'or par le procédé dit de l'or mou ou non cohésif.

On essaya pendant un temps l'usage des métaux fusibles à basse température, mais il fut abandonné et, en 1826, un dentiste français, Taveau, proposait l'amalgame d'argent pour l'obturation des dents.

Cette découverte, jointe à celle du ciment et à celle de la gutta-percha qui lui succédèrent, amena une véritable transformation des procédés d'obturation et permit l'extension de cette opération. Enfin, vers 1855, eut lieu l'application des propriétés cohésives de l'or à l'obturation des dents, découverte qui n'amenait pas une moindre transformation que les précédentes dans les procédés d'obturation et qui doit être attribuée à un Américain, Robert Arthur.

En même temps que les matières obturatrices se transformaient, l'instrumentation était obligée de faire de même ; les fraises à main avaient déjà créé un progrès, mais leurs applications se trouvaient assez limitées. Des tentatives avaient été faites pour les faire tourner mécaniquement, notamment par un de nos doyens, M. Wiesner, dont l'instrument figure dans notre musée ; mais c'est à un dentiste américain, Morrisson, que revient l'honneur de l'invention du tour dentaire, de cet instrument si utile et sans lequel les neuf dixièmes de nos travaux ne pourraient être exécutés. Cette invention date de 1870.

En 1867 Atkinson inventa le maillet automatique pour le foulage

---

1. Consulter sur ce sujet: Sheppard, *Discours d'ouverture au World's Columbian Dental Congress*. Chicago, 1893. Godon et Ronnet, *Une mission en Amérique*, Paris, 1893.

de l'or adhésif. La digue de caoutchouc, une des découvertes les plus utiles de notre arsenal opératoire, est due à un confrère américain, Barnum.

Outre ces principales acquisitions, notre matériel opératoire se perfectionnait par la fabrication de quantités d'instruments d'importance moindre, mais infiniment utiles dans leur ensemble.

Le fauteuil d'opération, notamment, devenait le siège mobile dans toutes ses parties qu'il est aujourd'hui, nous facilitant le travail dans les différents points de la bouche.

Enfin les daviers, en partie sous l'impulsion d'Evrard, Français établi en Angleterre, se perfectionnaient et devenaient les instruments rationnels et pratiques qu'ils sont aujourd'hui, nous permettant d'aborder avec confiance et sécurité les opérations les plus difficiles.

Les transformations apportées dans les procédés de traitement ne sont pas moins importantes que celles concernant l'obturation et l'outillage. C'est d'abord, en 1835, l'application par Spooner de l'acide arsénieux à la dévitalisation de la pulpe qui permit d'aborder plus facilement le traitement des dents à pulpe malade.

Ce traitement cependant laissait encore bien à désirer, et l'obturation de ces dents occasionnait bien des déboires puisque, en 1873, Tomes disait à ce sujet : « L'occurence d'un petit abcès chronique et sans importance, allant et venant avec peu ou point d'inconvénient, doit être placée parmi les résultats qui peuvent survenir consécutivement à la destruction de la pulpe et à l'obturation de la cavité. Quant à la racine elle-même, elle commence, selon moi, à s'altérer à partir du moment de l'opération ; les altérations marchent avec plus ou moins de lenteur jusqu'à ce que la dent soit perdue. [1] » Depuis 1873 combien les idées ont changé sur ce point ! C'est que les découvertes de Pasteur et l'emploi méthodique des antiseptiques allaient permettre de triompher des derniers obstacles au traitement des dents infectées.

Les dentistes étaient d'autant plus prêts à mettre en pratique les nouveaux procédés thérapeutiques que, depuis longtemps, ils faisaient de l'antisepsie, sans le savoir il est vrai, comme M. Jourdain faisait de la prose, mais enfin ils en faisaient.

N'est-elle pas curieuse à rapporter cette phrase qu'écrivait Lécluse en 1754 au sujet de l'obturation des dents : « le cautère actuel détruit le ferment qui cause la carie [2] » ?

Les dentistes employaient couramment l'acide phénique, le thymol dans le traitement de la pulpe et des canaux radiculaires. Le traitement antiseptique n'avait sans doute pas toute la rigueur scientifique qu'il a aujourd'hui, mais enfin les dentistes avaient remarqué les bons

1. J. et C. Tomes, *Traité de chirurgie dentaire*, traduction de G Darin, 1873, p. 379.
2. Lécluse, *loc. cit*, p. 137.

effets, dans le traitement des caries infectieuses, de médicaments qui ont été reconnus par la suite de puissants antiseptiques.

Grâce aux découvertes microbiennes et aux antiseptiques, ce ne sont plus seulement les dents à pulpe malade que nous sauvons, ce sont les dents à pulpe morte, les dents ayant donné lieu à des abcès, à des périostites intenses, et ce sont ces nouvelles méthodes de traitement qui ont restreint de plus en plus le nombre des cas justiciables de ce fameux *baume d'acier* dont usaient si largement nos devanciers.

La guérison de ces cas, considérés autrefois comme absolument incurables, est certainement la plus belle conquête qu'ait faite la thérapeutique dentaire ; elle ne s'en tiendra pas là, nous l'espérons bien.

Erasistrate[1] rapporte qu'il y avait, dans le temple d'Apollon à Delphes, un odontagogue (davier) en plomb pour bien montrer qu'on doit enlever seulement les dents mobiles pour lesquelles un outil de plomb suffit. Espérons qu'il n'est pas éloigné le temps où, comme dans le temple de Delphes, on pourra mettre dans le cabinet du dentiste un davier de plomb en ex-voto, non pas, comme chez les Grecs, par peur des dangers de l'extraction des dents, mais parce qu'il n'y aura plus de rebelles au traitement que ces dents pour lesquelles il serait nécessaire de retrouver les sources de la fontaine de Jouvence, probablement perdues, hélas ! pour toujours.

En terminant, je m'adresserai à vous, jeunes gens, qui allez entrer dans la carrière (quand un assez grand nombre de vos aînés y sont encore, heureusement pour eux). J'ai voulu vous donner, trop rapidement à mon gré, trop longuement sans doute au vôtre, un aperçu du chemin déjà parcouru dans la sphère où doit s'exercer votre activité. Je ne l'ai pas fait pour que vous en tiriez un sujet d'orgueil en vous comparant à vos devanciers, mais, bien au contraire, pour que vous soyez incités encore davantage à travailler avec ardeur pour la science, pour cette science qui n'est pas en faillite — n'est-ce pas, vous en êtes convaincus — mais en éternel progrès.

Souvenez-vous que le progrès n'est pas l'œuvre d'un seul ou de quelques-uns, mais qu'il est l'œuvre de tous. Pensez que le faible savoir que chacun de nous possède, il le doit à ces milliers d'êtres connus et inconnus qui, dans la chaîne des siècles, ont travaillé, dans une branche ou dans l'autre, au développement du progrès humain. Ce savoir n'est donc pas notre propriété, nous n'avons pas le droit de le laisser perdre; c'est un bien qui nous a été donné en garde et qu'en bons administrateurs nous devons tenir à honneur de transmettre à nos successeurs considérablement augmenté.

---

1. L. Thomas, *L'Odontologie dans l'antiquité*. Paris, 1888.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. Dr **Sauvez**, *président*.
Dr **Roy**, *vice-président*.
Choquet, *vice-président*.

MM. **de Marion** ✠ *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Gross, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✠.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✠, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✠, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✠, *secrétaire général*.

MM. **Billet**, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✠, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✠, ✠, **Poinsot** ✠.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✠, **Devoucoux**, **Godon** ✠, ✠, **Lemerle**, ✠, Dr **Maire**, **Martinier**, ✠, **Ed. Papot**, ✠, **Paulme**, Dr **Sauvez**, **Stévenin**.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✠ (Lyon), **Schwartz** ✠ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✠, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✠, ✠.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 octobre 1899.

Présidence de M. le Dr Cruet.

I. — Présentation de pièces.

M. le Dr Bloch présente les racines des quatre incisives supérieures qu'il a extraites à un de ses confrères, M. S.

Ces quatre racines supportaient un appareil à pont depuis trois ans ; huit jours après la pose de l'appareil, ces racines avaient donné lieu à des abcès, puis à une suppuration qui ne s'était jamais tarie.

La gencive présentait sur sa face labiale quatre fistules correspondant à chaque racine et une fistule palatine correspondant à la petite incisive gauche. A la pression il sortait une gouttelette de pus de chaque pertuis.

M. S., partant en province, désirait être débarrassé de ses racines, afin d'être à l'abri de tout accident de ce côté.

Ces racines, extraites, présentent les particularités suivantes : un tube d'or dans chaque racine est scellé au moyen de ciment, qui vient faire saillie hors de la racine, à plus ou moins de distance de l'apex, et dont la direction croise celle du canal. A cette extrémité, le périoste s'est épaissi d'une façon très notable et a formé un kyste. Une des racines présentait un kyste complètement fermé, contenant quelques grains de ciment et un peu de sérosité ; un autre kyste ouvert, qui existait à l'apex.

Discussion.

M. Gourc cite des cas semblables ; dans les cas de fausse route, il a observé de ces kystes, qu'il croit d'origine infectieuse.

M. Pietkiewicz ne juge pas à propos d'abandonner la théorie paradentaire.

M. Cruet. — Il est probable que l'opérateur, qui a perforé successivement les quatre racines présentées, n'a pas dû faire une antisepsie parfaite du canal, et ce qui est remarquable, c'est que l'infection qui a pénétré par la fausse route a déterminé des accidents identiques absolument, soit sous forme d'abcès, soit sous forme de kystes suppurés, à ceux qui se seraient produits par le trajet normal du canal des

racines. Des accidents doubles paraissent d'ailleurs s'être développés sur au moins deux des racines présentées. Les fausses routes, dans les cas de dents à pivot, sont très fréquentes, mais il ne faudrait pas croire qu'elles sont toujours suivies d'accidents. Ceux-ci n'ont aucune raison de se produire si l'antisepsie du canal vrai ou faux a été soigneusement assurée, et j'ai pu maintes fois me convaincre que des pivots mal placés d'ailleurs dans ces conditions étaient parfaitement tolérés.

II. — Adénites et lymphangites cervico-faciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale, par M. le Dr de Grandmaison.

L'auteur de cette communication prétend que bien souvent les adénites et lymphangites sont considérées à tort comme scrofuleuses et qu'elles sont en réalité sous la dépendance de lésions dentaires et buccales. Il cite à l'appui de sa thèse deux observations de malades qui virent leurs adénites disparaître complètement ou s'améliorer après un traitement convenable de leur bouche.

Discussion.

M. le Dr *Lempert.* — Je confirme en tous points l'intéressante communication du Dr de Grandmaison.

Celle-ci étant d'ailleurs bien détaillée, il ne me reste qu'à y ajouter quelques mots, principalement au sujet de la dentition de notre petite malade.

Il est évident que le point de départ de la stomatite et de l'adénite consécutive est la grosse molaire inférieure droite. Cette dent, étant atteinte de carie pénétrante, avait ses canaux infectés ; en dehors de l'infection j'ai constaté un décollement de la gencive, qui donna naissance à une collection purulente ayant petit à petit envahi la gencive de la deuxième grosse molaire. Ces circonstances, jointes au désir de savoir si réellement la molaire en question était la vraie cause de l'adénite, m'ont décidé à procéder à l'extraction de l'organe incriminé. D'ailleurs, le traitement antiseptique entrepris dès le début pour conserver la dent ne donna pas de résultats bien satisfaisants, sans doute à cause de la gingivo-stomatite, qui réduit sensiblement l'effet de ce traitement.

J'avais donc un motif de plus pour supprimer l'organe malade. Huit jours après l'opération, la régression de la glande commença ; deux semaines après, ce phénomène était devenu encore plus notable.

La grosse molaire était donc véritablement la cause de l'affection.

Il est vrai que l'adénite aurait pu se produire par la voie buccale par une porte d'entrée autre que la dent cariée ; l'erreur de diagnostic était donc possible, vu surtout la situation topographique de la

dent infectée. Pour terminer, je tiens à dire quelques mots sur la nature de la dentition de la jeune fille. Ses dents sont d'une coloration opaque, d'une friabilité excessive, en un mot ce qu'on appelle une dentition crayeuse.

Je lui ai soigné plusieurs dents atteintes de carie de divers degrés. Parmi elles il y avait une petite molaire supérieure droite dont la couronne, au bout de trois semaines de traitement, s'est brisée de plus de moitié.

Certes, c'est un fait qui doit nous occuper tout particulièrement, nous autres dentistes. D'où vient cette friabilité ? Est-elle héréditaire ? Nous savons que la mère de la fillette a une dentition déplorable, mais nos renseignements nous permettent d'affirmer que la mère, jusqu'à l'âge de 22 ans, avait sa dentition en parfait état, et ce n'est qu'au moment de sa grossesse que ses dents se sont cariées. Nous ne pouvons donc pas attribuer la mauvaise dentition de la jeune fille à l'hérédité. Devons-nous aussi chercher les causes dans son état général ? Evidemment il existe peu d'éléments pour tirer des conclusions nettes. Les phénomènes de nature à démontrer que l'économie générale de l'enfant soit atteinte vont-ils apparaître ? C'est à savoir. Cette question très intéressante demande une étude plus approfondie et ne pourrait être traitée dans ma réponse sommaire.

Je l'abandonne donc : 1° pour ces motifs ; 2° comme sortant du cadre de la communication du Dr de Grandmaison.

M. Sebileau. — Les observations que vient de nous lire le Dr de Grandmaison sont très intéressantes ; je les ai écoutées avec d'autant plus de plaisir que j'y ai trouvé la confirmation d'une thèse que j'ai souvent défendue devant mes élèves et que j'ai exposée dans un récueil récemment édité de *Leçons chirurgicales*. Les faits observés par M. de Grandmaison prêtent à deux ordres de considérations : les unes ont trait à la manière dont il convient d'interpréter la genèse des adénomégalies du cou ; les autres, au mécanisme de la suppuration des adénopathies cervicales tuberculeuses.

Et d'abord, les adénomégalies. Je ne veux pas rappeler ici les recherches sous lesquelles s'est écroulé, pour laisser place à celui de la tuberculose, l'édifice de la vieille scrofulose ; il reste entendu que la plupart des malades atteints de ces engorgements ganglionnaires du cou, qu'on considérait autrefois comme la signature de la scrofulose, sont, en réalité, frappés de tuberculose de l'appareil lymphatique ; mais je dis : la plupart, seulement. Ce serait, en effet, une grosse erreur de croire, ainsi qu'une grosse faute de dire qu'il s'agit dans tous les cas de tuberculose. Pour beaucoup de ces malades je pense que l'adénomégalie n'est pas tuberculeuse, et voici pourquoi : c'est d'abord que souvent elle disparaît au bout de quelques mois ou même de quelques semaines d'un traitement médical bien dirigé, ce

qui n'est guère le propre des manifestations tuberculeuses ; c'est ensuite que, si vraiment il s'agissait toujours de tuberculose, on ne pourrait expliquer la fréquence relativement très grande des adénites chroniques du cou, par rapport à celles des autres régions, que par l'habitation normale du bacille de Koch dans la cavité bucco-pharyngée, cavité d'où il pénétrerait un jour où l'autre, à la faveur de quelque solution de continuité (carie dentaire, ulcérations gingivo-labiales), dans l'appareil lymphatique du cou. Or, la bactériologie nous enseigne précisément que ce bacille de Koch ne s'acclimate pas, en règle générale, dans la cavité bucco-pharyngée.

C'est donc, je le répète, ailleurs que dans la tuberculose qu'il faut chercher la cause d'un bon nombre d'adénomégalies du cou, et voici comment il convient de les interpréter : les unes sont la réaction provoquée dans l'appareil cervico-ganglionnaire par des lésions staphylococciennes chroniques ou à répétition de la peau, du cuir chevelu, de la face et du cou ; les autres sont d'origine buccale (carie dentaire, ulcérations gingivo-linguales) et, comme les précédentes, de nature banale. Les ganglions cervicaux représentent, en effet, la dernière ligne de défense que l'organisme met en œuvre contre les infections de nature bucco-faciale. Chez certains individus, sous l'influence de ce microbisme continu de la bouche et des téguments et pour des raisons auxquelles nous ne connaissons rien encore (disposition héréditaire spéciale du système lymphatique, moindre résistance à la lutte de ce système lymphatique résultant de la pauvreté d'aliments, d'oxygène, de lumière, et conséquemment de la diminution des échanges organiques et de l'insuffisance de la respiration cellulaire, que sais-je encore ?), chez tous les individus, en somme, qu'on appelait autrefois des strumeux et qu'on appelle quelquefois encore aujourd'hui, prenant peut-être l'effet pour la cause, des « lymphatiques », l'appareil ganglionnaire réagit à la longue, s'irrite, se gonfle et s'enflamme : ainsi se développent dans le pharynx les végétations adénoïdes ; ainsi dans la bouche s'hypertrophient les amygdales ; ainsi dans le cou se forment les engorgements des glandes lymphatiques. Certes, ces végétations adénoïdes et ces adénomégalies qui ne sont, au total, que la marque de défaillance d'un appareil débordé par l'infection, le signal de la défaite et la preuve de l'effondrement de la dernière ligne de défense, certes, toutes ces tuméfactions lymphatiques, image de la vieille strume, sont bien préparées pour l'inoculation tuberculeuse ; certes, les chances sont grandes pour qu'un jour elles deviennent la proie du bacille de Koch ; mais, je le répète, il existe une période et, quelquefois, sans doute, une période assez longue durant laquelle il s'agit seulement, pour l'appareil lymphatique, d'hypertrophie et de réaction non spécifique. Voilà pourquoi l'on constate chez les malades atteints d'adénoméga-

lies cervicales tant et de si faciles guérisons, et pourquoi l'on dirige contre beaucoup de ces engorgements ganglionnaires du cou tant d'interventions chirurgicales souvent inutiles.

Le second ordre de considérations auxquelles prêtent les faits rapportés par M. de Grandmaison concerne l'influence que peuvent exercer sur les suppurations des tuméfactions ganglionnaires cervicales — qu'elles soient ou non vraiment tuberculeuses — les infections venues de la cavité buccale. Je ne veux pas insister sur ces faits qui sont, pour ainsi dire, banaux ; mais ils ont une telle importance qu'on ne saurait trop, au sein d'une société comme celle-ci, se lasser de répéter qu'il n'est peut-être pas un ganglion du cou qui ne suppure de et par la cavité buccale. Quelle évolution différente de celle que nous avons accoutumé de lui reconnaître, subirait la tuberculose ganglionnaire du cou, si les médecins et les chirurgiens prenaient soin, avant de formuler ou d'opérer, de confier leurs malades à un confrère expérimenté dans l'art dentaire ! Nettoyer la bouche, supprimer les portes ouvertes à l'infection, c'est enlever à la tuberculose adénocervicale la presque totalité de ses chances de suppuration et, par conséquent, diminuer dans une proportion considérable la gravité du pronostic qui s'attache à elle.

M. de Grandmaison. — Je prends la parole pour insister sur les altérations ganglionnaires des scrofuleux. Il me semble que, bien souvent, il est osé de dire que leurs adénopathies sont tuberculeuses ; je crois surtout que ces malades ont des voies lymphatiques particulièrement vulnérables, qui se défendent mal, qui s'infectent facilement, comme paraît le prouver ma deuxième observation. A la dénomination de scrofuleux, je préférerais celle plus vieille et peut-être plus juste de *lymphatiques* ; elle explique plus nettement et l'infection facile et la régression des lésions sous l'influence d'un traitement raisonné.

Les adénopathies et lymphangites cervico-faciales sont d'ailleurs fréquentes au cours des poussées de la dentition ; beaucoup d'enfants présentent des adénites rétro-maxillaires lors de la poussée des dents de lait ; mais il existe toujours alors un état inflammatoire, c'est-à-dire infectieux, bien souvent atténué, des gencives.

Je me résumerai en disant que : 1° les accidents de stomatogingivite peuvent donner lieu à des infections retentissant sur le système lymphatique cervico-facial ; 2° ces mêmes accidents peuvent déterminer des infections secondaires se développant dans des tissus lymphatiques, déjà malades et affaiblis dans leur défense.

Mes propres enfants ont eu des adénites à l'époque de la sortie des grosses molaires. On s'explique facilement les accidents plus graves qui arrivent chez les individus qui ont une bouche infectée et ne prennent aucun soin de leur hygiène dentaire.

M. Cruet. — M. de Grandmaison a reconnu le point de départ de l'infection : la dent, il n'y a pas de doute.

Les ganglions que nous voyons, nous stomatologistes, procèdent toujours de la voie buccale ; mais, s'il m'arrivait d'être en présence de gros ganglions de l'angle de la mâchoire et de ne rien constater du côté des dents, je me croirais autorisé à dire, ne trouvant pas de porte d'entrée au niveau des dents, qu'ils ont une origine extra-dentaire.

M. Pietkiewicz a observé chez un enfant une première molaire inférieure droite, carie du 4e degré, coïncidant avec une adénite sous-maxillaire ; il n'a pas cru que le point de départ fût dans la dent, et ne pratiqua pas l'avulsion, mais une obturation provisoire. Une saison de bains de mer a guéri l'enfant de son adénite.

III. — De la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale, par M. le Dr Caumartin.

M. le Dr Caumartin rapporte l'observation d'une malade qui a fait le sujet de sa thèse. Il s'agit d'un cas de nécrose du maxillaire, d'origine non dentaire par infection buccale. L'inflammation du périoste et de l'os sous-jacent aurait été déterminée par une intervention opératoire inopportune, au cours d'une vive inflammation buccale.

M. Sebileau. — La lecture que vient de nous faire notre confrère Caumartin mérite, précisément parce qu'elle est très intéressante, qu'on s'arrête un peu sur l'interprétation qu'il a donnée des phénomènes observés chez son curieux malade. Un fait me paraît dominer toute l'histoire clinique qu'il nous a dite : c'est l'existence, avant toute autre manifestation, d'un abcès mentonnier. Je me demande donc s'il ne conviendrait pas, au lieu d'incriminer des scarifications qu'en définitive on n'aurait pas pratiquées si quelque état inflammatoire des gencives ne les eût justifiées, je me demande, dis-je, s'il n'y a pas lieu de considérer cette suppuration mentonnière comme la première révélation d'une lésion mandibulaire à marche lente. M. Caumartin pense que l'abcès dont il s'agit n'était pas d'origine osseuse parce qu'il n'a point constaté d'adhérences entre l'os et la trace que cet abcès a laissée sur les téguments ; je dois dire, sans vouloir m'étendre davantage sur ce point de pathologie générale, que ce n'est pas là une raison absolument suffisante. Je serais assez tenté de voir, dans l'observation que vient de nous lire notre confrère, un exemple d'ostéomyélite infectieuse de la mâchoire inférieure (ancienne périostite phlegmoneuse diffuse). Cette ostéomyélite, en effet, n'affecte pas toujours la forme aiguë ; on la voit quelquefois, après une période inflammatoire violente, s'éteindre puis, de temps à autre, et cela pendant des années, survenir sous forme d'accès que calment l'ouverture d'une formation purulente et l'élimination d'un

séquestre (ostéomyélite prolongée). Il arrive même, dans certains cas, que, dès le début, les manifestations de l'infection osseuse soient très atténuées et que l'ostéomyélite affecte dès l'abord ce qu'on a appelé la marche chronique d'emblée. Je ne serais pas autrement étonné qu'il se fût produit chez le malade de notre confrère Caumartin quelque chose d'analogue à ce que nous observons couramment en chirurgie sur les os des membres.

M. Pietkiewicz. — partage absolument l'avis de M. le Dr Sebileau. Pas n'est besoin d'aller chercher les scarifications de la gencive pour expliquer les désordres survenus chez le malade dont M. Caumartin nous a si bien relaté la très intéressante histoire, mais j'irai plus loin que notre honorable collègue et, remontant à la cause même de l'abcès dont l'origine dentaire ne peut faire aucun doute pour tous ceux qui ont quelques années d'expérience derrière eux, je dirai que l'observation de M. le Dr Caumartin est la description la plus frappante, la plus complète, la plus classique même de ces abcès.

Nous savons tous maintenant et depuis déjà assez longtemps qu'il n'est pas nécessaire qu'une dent soit plus ou moins profondément cariée pour que sa racine devienne le siège d'accidents infectieux plus ou moins graves. Cette infection de la pulpe et consécutivement du ligament alvéolo-dentaire a pu être provoquée par une simple fissure de l'émail, qui a mis à nu un point de la dentine et a ouvert la porte d'entrée de ses canalicules aux microbes pathogènes.

L'usure du bord libre des incisives, qui se fait si rapidement qu'elle existe déjà normalement dès le début de l'âge adulte, offre une voie facile à cette marche infectieuse chez un sujet dont le mauvais état général présente un terrain favorable à toutes les cultures et qui, n'ayant aucun souci des soins les plus élémentaires de la propreté et de l'hygiène, laisse accumuler dans sa bouche toutes les graines infectieuses connues. L'empâtement initial du menton sous la région incisive, ensuite la formation de l'abcès en ce point, nous permettent d'affirmer sans hésitation possible l'origine dentaire de tous ces accidents qu'à une époque peu reculée, mais que les découvertes positives de la science moderne n'avaient pas encore éclairée, on eût attribués à ce qu'on appelait alors une périostite spontanée.

M. Caumartin. — La nécrose a pu être d'origine dentaire au niveau du menton, mais les scarifications profondes ont vraisemblablement causé l'affection.

(Extrait de la *Revue de stomatologie.*)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de novembre 1899.

Stomatite diphtéroïde des nouveau-nés.

Brindeau a observé quatre cas de cette affection nommée encore apthes de Villeix, de Bednar, plaques ptérygoïdiennes de Parrot. Elle consiste dans la présence, au niveau de la muqueuse buccale, de petites ulcérations recouvertes de fausses membranes grisâtres. Ces ulcérations siègent le plus souvent sur la voûte palatine, au niveau des apophyses ptérygoïdes, mais on peut aussi les rencontrer sur la ligne médiane de cette voûte, sur le frein de la lèvre inférieure, etc. On les observe chez les enfants bien portants, aussi bien que chez les cachectiques et les débiles. Quant à leur pathogénie, elle est assez discutée.

Pour Parrot, ce seraient des lésions traumatiques, pour Sevestre et Gaston des manifestations muqueuses de l'impétigo. Ces auteurs ont toujours trouvé le staphylocoque dans les fausses membranes. Balzer et Griffon, au contraire, pensent que l'affection est le plus souvent à streptocoques. Dans quatre cas nous avons trouvé une fois le streptocoque à l'état pur et trois fois associé au staphylocoque. Cette constatation a son importance clinique, car dans un cas la stomatite a été le point d'un érysipèle mortel pour l'enfant, dans un autre le nouveau-né ayant continué à têter sa mère, il s'ensuivit une galactophorite à streptocoque qui se termina, du reste, par la guérison, en pratiquant l'expression du sein.

(*J. de cliniq. et de thérap. infant.*.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *novembre* 1899.

Présidence de M. le Pr Bouchard.

MM. Couvelaire et *Crouzon* ont pu, dans le service du Dr P. Marie étudier le voile du palais chez un homme présentant une large brèche oculo-nasale, à la suite d'une opération faite en 1889 par M. Campenon pour épithélioma. Ils ont observé que :

1° Le voile du palais présente des mouvements passifs peu accentués qui consistent en un léger redressement pendant l'inspiration, bouche fermée.

2° Le voile du palais présente des mouvements actifs associés à des mouvements synergiques des parois pharyngées qui réalisent l'oc-

clusion du naso-pharynx ; ces mouvements consistent en : *a*) un relèvement du voile qui peut n'atteindre qu'à peine l'horizontale (occlusion incomplète) ou la dépasser franchement (occlusion complète); *b*) une projection de la partie postérieure du pharynx allant s'accoler au bord libre du voile ; la ligne médiane postérieure et le bord supérieur du pharynx restant fixes ; *c*) un plissement du repli pharyngo-salpingien formant un véritable pilier postérieur et supérieur du voile.

3° Ces mouvements déterminent, suivant leur amplitude, l'occlusion complète ou incomplète du naso-pharynx. L'occlusion est complète dans la déglutition, la succion, l'effort et le sifflement. Elle est incomplète dans la toux, variable dans la phonation.

4° Dans la phonation : *a*) pour les voyelles, l'occlusion augmente de A à E ; de E à O et à U ; de U à I ; *b*) pour les consonnes, l'occlusion varie suivant la voyelle associée ; *c*) pour les consonnes M et N, ces mouvements d'occlusion sont peu accentués.

(*Progrès médical.*)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). } 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) } 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. } *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

Société Française de Fournitures Dentaires. } 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

LE MENTHOL-IODOL EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par M. le Dr Arnaldo Guadagnini, de Bologne.

MM. Preiser et Cie, de Milan, ont bien voulu m'envoyer quelques flacons du menthol-iodol fabriqué par MM. Kalle et Cie, de Biebrich sur le Rhin, pour que je fisse des expériences dans ma pratique dentaire.

J'ai accepté avec plaisir leur offre aimable, d'autant plus que l'idée de pouvoir remplacer l'iodoforme par un autre médicament possédant ses excellentes qualités, sans en avoir les inconvénients, me souriait assez.

J'ai employé ce produit dans toutes les maladies de la bouche où l'application soignée en est possible et, après en avoir observé l'effet, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Application dans les cavités des racines comme agent antiputrescible. — Vingt-quatre heures après l'introduction du menthol-iodol, en enlevant le tampon de coton préalablement imbibé de ce médicament, on voit que l'absorption de celui-ci a été complète.

Je l'ai employé sur une vaste échelle et j'en ai obtenu les avantages que donne l'iodoforme, sans avoir l'odeur irritante et nauséabonde de ce dernier; de plus, avec l'action du menthol additionné on parvient à atténuer ces petites douleurs qui surviennent parfois dans le cours des opérations.

Les dents atteintes de carie du 2e degré avec hyperémie de la pulpe sont sensibles particulièrement au froid, quelquefois au chaud, aux acides et aux sensations sucrées. Ces excitations se communiquent à la pulpe et y provoquent des douleurs au travers des canalicules de l'ivoire qui, comme on sait, débouchent dans la chambre pulpaire.

En introduisant de grandes quantités de menthol-iodol dans la cavité de la dent, l'absorption a lieu au travers de la dentine et les douleurs qui se produisent aux plus légères excitations vont peu à peu en diminuant, et après huit ou dix applications la dent est pour ainsi dire toujours en état d'être obturée d'une façon permanente.

J'ai également essayé le menthol-iodol dans divers cas de maladie de Rigg ; mais le nombre de ces essais étant encore restreint, je ne puis me prononcer définitivement ; dans tous les cas j'ai déjà obtenu

quelques résultats très satisfaisants en introduisant de faibles doses du médicament dans des poches purulentes, après en avoir enlevé e pus et avoir fait des lavages avec des liquides désinfectants.

La gencive acquiert de la tonicité, et, en faisant alterner des massages légers et répétés avec l'application du médicament, on obtient encore une amélioration notable de la circulation périphérique. Mais je traiterai ce point dans un autre mémoire, en m'occupant de la périodontite expulsive.

L'iodol — $C_4 I_4 NH$ (tétraiodure de pirole) — est une combinaison d'iode et de pirole. Le pirole, — $C_4 H_4 N H$ — s'obtient par la distillation des corps azotés. Il agit dans l'usage externe comme l'iodoforme et n'est pas toxique. Le camphre de menthe — $C_{10} H_{20} O$ (menthol) — appliqué à l'extérieur, calme les douleurs provoquées à la périphérie sur les nerfs situés superficiellement.

Je n'hésite pas à conclure que, dans toutes les cavités où l'inflammation de la pulpe est à son début, un excellent remède consiste à faire de larges applications de menthol-iodol, étant donné sa facilité d'absorption et ses qualités antiseptiques et antinévralgiques.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

De la cataphorèse en art dentaire, par le Dr ALBÉRIC PONT, ex-interne des hôpitaux de Lyon, Directeur de l'École Dentaire de Lyon (*Thèse de Lyon* 1899).

Après le travail si documenté de M. Papot et l'intéressante communication de M. Weber à la Société d'Odontologie, voici sur le même sujet la thèse du Dr Pont.

L'emploi de la cataphorèse en art dentaire est une des trois ou quatre questions à l'ordre du jour de nos travaux professionnels. De nombreux articles ont été publiés sur ce sujet; l'étranger, particulièrement l'Amérique, a fourni une large contribution de communications, d'expériences, de démonstrations.

Il était nécessaire, surtout pour le lecteur français, de condenser et de mettre au point ces différents travaux, de réunir les diverses communications, d'en faire un tout suivi qu'il serait facile de consulter avec fruit. C'est le travail que M. le Dr Pont, dont nous connaissons la grande compétence en la matière, a entrepris et mené à bonne fin. Mais les nombreuses observations qu'il rapporte, les expériences auxquelles il s'est livré, les idées personnelles dont il émaille son ouvrage font de sa thèse non seulement un travail complet, mais aussi un travail vraiment original, chose plus difficile; qu'il me permette de l'en féliciter.

Je vais essayer d'en donner une courte analyse.

Après un historique rapide, l'auteur étudie les phénomènes essentiels de la cataphorèse en général. D'abord est-ce bien *cataphorèse* qu'il faut dire? A la vérité ce mot de « cataphorèse » est impropre, car si certains médicaments sont réellement transportés du pôle positif au pôle négatif (cataphorèse), d'autres, au contraire, vont du pôle négatif au pôle positif (anaphorèse). C'est donc *électrophorèse* qu'il faudrait dire ; mais comme l'usage a consacré le terme de cataphorèse, l'auteur le conserve.

Ces considérations théoriques ont leur importance pratique. En effet nous ferons de la « cataphorèse » lorsque nous voudrons pratiquer l'anesthésie au moyen de la cocaïne, car nous savons que la cocaïne, comme les alcaloïdes en général et les métaux, chemine de

l'anode vers le cathode. Le pôle positif est alors le pôle actif, c'est-à-dire le pôle placé dans la dent ; le pôle négatif est placé en pôle perdu dans la main ou sur la joue du patient. Mais lorsque nous voudrons désinfecter une dent avec de l'iode ou la décolorer avec du chlore ou de l'oxygène quand elle possédera une coloration anormale, nous prendrons comme pôle actif le pôle négatif et nous placerons le pôle positif en pôle perdu. Nous ferons alors de « l'anaphorèse », car nous n'ignorons pas que les métalloïdes et les acides vont du pôle négatif au pôle positif.

Après ces quelques notions théoriques, l'auteur décrit l'installation nécessaire et étudie le manuel opératoire, qui peut se résumer en ceci :

1° Éviter les pertes de courant pour avoir un résultat positif et n'avoir pas d'accidents (dans ce but placer la digue afin de s'isoler de la salive, éviter les contacts anormaux, enlever le plus possible de dentine ramollie) ;

2° Eviter les augmentations ou les diminutions brusques de courant pour ne pas faire souffrir inutilement le patient.

La durée de l'opération est variable selon l'intervention opératoire elle-même ; elle est de quatre à cinq minutes pour l'anesthésie dentinaire, de sept à huit pour l'extirpation de la pulpe, de neuf à dix dans le traitement des dents infectées et enfin de dix à quinze minutes pour le blanchiment des dents.

De l'emploi de la cataphorèse pour l'anesthésie dentinaire, je ne dirai que quelques mots, quoique l'auteur, traitant en ce chapitre une des principales applications de la cataphorèse en art dentaire, se soit étendu longuement sur ce point. M. Pont décrit la méthode ordinairement employée ; je relève parmi ses observations personnelles le peu de durée de l'application du courant électrique (quatre à cinq minutes) et la suppression du tamponnement préalable à l'eau salée, qu'il déclare inutile.

M. Pont étudie ensuite l'emploi de l'électrophorèse dans le traitement de la carie du 3° degré pour anesthésier la pulpe dentaire dans le but d'en pratiquer l'*extirpation immédiate*.

Et à ce sujet que l'on me permette une petite digression pour rappeler et décrire rapidement un procédé encore peu connu, que je n'ai pas vu jusqu'ici dans les journaux professionnels français, mais qui a toutefois fait l'objet d'une démonstration à la Société d'Odontologie de Paris, il y a quelques mois.

Est-il nécessaire d'employer la cataphorèse pour pratiquer l'extirpation *immédiate* de la pulpe ? Ne pourrait-on pas utiliser un moyen plus simple et tout aussi rationnel ? Je m'explique : le but est d'imprégner la pulpe dentaire d'une solution cocaïnique suffisamment active pour en amener l'insensibilité absolue ; il est impossible d'em-

ployer les moyens habituels d'anesthésie, c'est-à-dire d'injecter une pulpe dentaire au moyen d'une seringue Pravaz. Mais on peut, pour faire pénétrer le médicament, utiliser le courant électrique, c'est-à-dire faire de l'électrophorèse. C'est un premier moyen.

On peut aussi placer une solution de cocaïne dans la cavité cariée et exercer sur ce médicament une pression supérieure à la tension interne des tissus, de façon à le faire pénétrer dans la pulpe et à produire ainsi une véritable injection interstitielle de cet organe. C'est un deuxième moyen.

Pour cela, la cavité étant à peu près nettoyée et la pulpe mise à nu, on met sur le point dénudé un petit tampon d'amadou ou d'ouate imbibé d'une solution alcoolique de chlorhydrate de cocaïne à 20 ou 30 pour 100. Sur ce tampon on place une boulette de caoutchouc dentaire non vulcanisé (de celui-là même qui sert à bourrer nos pièces) et avec un fouloir on exerce sur ce caoutchouc une pression progressive en procédant de la périphérie au centre. La pression doit être légère au début pour éviter la douleur de compression pulpaire. Peu à peu, l'insensibilité superficielle étant obtenue, on augmente cette pression et l'on arrive à comprimer fortement le caoutchouc vers le fond de la cavité. L'anesthésie est alors produite, l'opération totale ayant demandé environ de trois à quatre minutes. Il devient possible d'enlever le ou les filets radiculaires sans provoquer aucune réaction douloureuse, car, si l'opération a été bien conduite, l'*anesthésie est absolue*. Cette anesthésie dure environ sept à huit minutes.

L'avantage de ce procédé sur la cataphorèse consiste dans la simplification du manuel et du matériel opératoire : il ne faut pas d'installation électrique, il ne faut pas de digue, et enfin l'opération est plus rapide.

Ceci dit, revenons à l'étude du travail du Dr Pont. L'auteur utilise l'électrophorèse dans le traitement des caries du 4e degré ; il emploie, pour la désinfection des canaux, l'iode sous forme de solution iodo-iodurée. Sous l'action du courant électrique cette solution se décompose et dégage de l'iode à l'état naissant et, partant, plus actif. D'autre part le médicament est porté à une certaine profondeur et désinfecte les canalicules dentinaires. A ce sujet l'auteur a fait quelques expériences ; il a trouvé que l'iode est transporté quelquefois à un millimètre de la lumière du canal, dans le tissu dentinaire.

M. Pont passe ensuite en revue l'application de la cataphorèse au traitement des kystes radiculo-dentaires, au blanchiment et à l'extraction des dents. Cette dernière application lui a toujours donné des résultats médiocres et insuffisants. Quelles sont les raisons de ces échecs? C'est d'abord, ainsi que l'ont démontré MM. Aubert et Destot,

que les médicaments, et en particulier les alcaloïdes, sont transportés par le courant électrique à de faibles profondeurs ; ils ne peuvent traverser un pli de la peau ayant un centimètre d'épaisseur ; l'anesthésie est donc toujours superficielle. De plus, dans le cas qui nous occupe, il se produit des pertes de courant, car il est impossible d'isoler l'électrode de la salive. Enfin la cocaïne se diffuse et suit de préférence les tissus gingivaux mous, au lieu de traverser les parois alvéolaires qui lui offrent une plus grande résistance. En définitive la cataphorèse doit être délaissée pour obtenir l'insensibilité dans l'extraction dentaire.

Enfin, dans les deux derniers chapitres, l'auteur étudie les causes d'insuccès ou d'accidents (car on a imputé quelques légers accidents à la cataphorèse), discute et réfute les objections qu'on ■ formulées à son égard.

En résumé, la thèse du Dr Pont est une étude à la fois très complète et très personnelle de la question de l'emploi de la cataphorèse en art dentaire. Simplement écrit et par suite aisément compréhensible, cet ouvrage doit faire partie de la bibliothèque de tout praticien ; c'est un manuel que tous nous aurons fréquemment l'occasion de consulter.

G. Gross.

Nouveau journal scandinave.

Nous avons reçu le premier numéro d'une nouvelle publication en langue suédoise, avec un supplément en langue allemande, éditée à Gothembourg (Göteborg, Suède) sous la direction de M. Im. Ekström, rédacteur en chef. Ce journal, qui a pour titre *Reflector*, parait tous les 3 mois et donne dans son supplément la traduction en allemand de ses principaux travaux originaux.

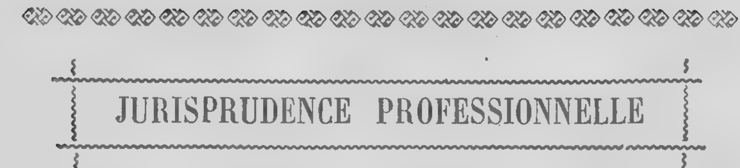
C'est un organe absolument indépendant, qui critiquera ou encouragera les sociétés odontologiques du pays selon leur mérite. Le rédacteur en chef et le secrétaire, M. Elander, sont des hommes d'une grande valeur.

La rédaction, dans sa préface, espère que dans un avenir peu éloigné ses articles ne consisteront pas essentiellement en traductions. A son avis, une publication dirigée avec zèle et énergie, rédigée d'une façon intéressante, devra donner une impulsion vigoureuse à la composition d'articles originaux. Le degré d'instruction des chirurgiens-dentistes scandinaves est poussé à un degré élevé, d'autant plus élevé que la plupart d'entre eux l'augmentent encore par des voyages d'études à l'étranger.

Toutes les communications d'un intérêt général, se rapportant à la Scandinavie, paraîtront dans ce journal.

Tous nos vœux accompagnent cette nouvelle publication, à laquelle nous souhaitons vivement de réussir.

R. H.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 (ART. 32). — INSCRIPTION AU RÔLE DES PATENTES AU 1er JANVIER 1892. — DISPENSE DU DIPLÔME DE CHIRURGIEN-DENTISTE OU DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

COUR DE CASSATION (Ch. crimin.).

Audience du 9 novembre 1899.

Présidence de M. LOEW.

L'inscription au rôle des patentes à la date déterminée par l'art. 32 de la loi de 1892 a été, pour le législateur, la condition *sine qua non* de l'admission des dentistes en exercice au bénéfice de la disposition transitoire qui les dispensés du diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Et cette inscription ne saurait être suppléée par une autre preuve d'une possession d'état, justifiant la même exception.

(Kaisser).

C'est dans ces termes qu'a été rejeté le pourvoi formé par *M. Kaisser* contre un arrêt de la Cour de Paris du 6 décembre 1898, qui déjà confirmait un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (10e ch.) du 29 juillet 1898 (V. *L'Odontologie*, 1898, p. 89 et 260).

M. Kaisser soutenait que l'exercice notoire de sa profession, au moment de la promulgation de la loi de 1892 suppléait à l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, exigée par l'art. 32 de cette loi.

On sait que l'art. 32, en maintenant à tout dentiste qui justifiait qu'il était inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 le droit d'exercer l'art dentaire, contenait une mesure transitoire, dérogeant à la règle posée dans l'art. 2 de la loi nouvelle, aux termes de laquelle nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Par cela seul que c'est une dérogation à la règle générale, une exception, elle doit, semble-t-il, être limitée aux termes mêmes de la disposition qui la formule, et tout individu non muni de diplôme, qui ne peut invoquer dans ses termes précis l'art. 32 de la loi de 1892, ne saurait échapper à l'application de l'art. 36 de la loi, qui réprime l'exercice illégal de l'art dentaire.

La question paraît aujourd'hui définitivement tranchée par la *Cour de cassation.* Et une solution de principe était à coup sûr nécessaire, car jusqu'ici, les cours et tribunaux n'étaient pas d'accord. Si la *Cour de Rennes* (arrêt du 29 juillet 1896) voyait dans l'art. 32 « une mesure exceptionnelle et transitoire, prise pour respecter le principe de la non-rétroactivité des lois et dont le caractère exceptionnel justifiait une interprétation restrictive », et si le *Tribunal correctionnel de la Seine* (jugement du 29 juillet 1893) et la *Cour de Paris* (arrêt du 6 décembre 1898), précisément dans l'affaire *Kaisser,* avaient suivi le même courant, en décidant que « l'art. 32 de la loi exigeait, pour affranchir de l'obligation du diplôme, que la possession d'état fût certaine et que la preuve n'en fût pas remise au hasard de témoignages souvent complaisants ou peu précis, et qu'elle résultât de l'inscription à la patente », — par contre, le *Tribunal correctionnel de Charolles* (jugement du 11 décembre 1897) et le *Tribunal correctionnel de Toulouse* (jugement du 3 février 1898, — V. *L'Odontologie,* 1898, p. 290) avaient estimé que l'art. 32, § 1, « ne contenait pas une prescription restrictive, et que l'inscription au rôle des patentes n'était pas le seul mode de preuve de la possession d'état de dentiste; que les autres modes de preuve ordinaires consacrés par la loi n'étaient pas exclus. »

La *Cour suprême* a résolu le différend, à son tour, en déclarant que « le législateur a considéré l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 comme la condition *sine quâ non* de l'admission des dentistes en exercice au bénéfice de la disposition transitoire qui les dispense du diplôme », et en n'admettant pas « qu'une autre preuve d'une possession d'état justifiant la même exception puisse suppléer cette inscription ».

C'est, au surplus, en ce sens qu'avait déjà conclu, par un *avis* formel, lorsqu'il avait été consulté par le *Ministre de l'Intérieur,* à la date du 14 juin 1895, le *Conseil d'Etat :* « Il résulte des travaux préparatoires de la loi de 1892 que le législateur, en affranchissant de l'obligation du diplôme les dentistes inscrits à la patente au 1er janvier 1892, n'a entendu par là faire bénéficier de la disposition transitoire que les praticiens justifiant qu'ils exerçaient antérieurement à cette date. »

Devant cet accord des deux grands Corps judiciaires, nous pensons que l'ère des contestations est définitivement close.

F. WORMS, avocat.

Les Accidents du travail.

On sait que la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont ils sont victimes dans leur travail a fait aux travailleurs, dans l'industrie moderne, une situation nouvelle, puisqu'elle substitue au principe traditionnel de la responsabilité fondée sur la base étroite et exclusive de la faute personnelle une conception différente, et qu'elle répartit les risques d'accidents industriels entre chefs d'entreprise et ouvriers ou employés.

Un certain nombre de nos lecteurs s'inquiètent des conséquences que cette loi peut avoir pour eux, dans leurs rapports avec le personnel qu'ils emploient dans leur laboratoire, et ils se demandent par quels moyens, assurances ou autres, ils peuvent s'en préserver.

— Tout d'abord, sont-ils tenus du risque professionnel, dans les termes de la loi de 1898 ? L'art. 1er de cette loi (dont l'énumération n'a pas, suivant les auteurs, un caractère limitatif, mais purement énonciatif), s'applique à toute exploitation « où il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux. »

Or, pour étudier utilement cette loi dans ses rapports avec l'art dentaire, il serait bon que nos lecteurs nous fixassent sur la nature des instruments et appareils dont ils font usage, de manière à ce que nous pussions, par l'intermédiaire du *Ministre du Commerce*, solliciter du *Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail* une *consultation* sur l'interprétation à donner à ce texte, en ce qui concerne les dentistes.

Et alors seulement, lorsque la réponse nous sera parvenue, il y aura lieu, si elle décide l'art. 1er applicable à la dentisterie, de commenter la loi de 1898 et de répondre pratiquement aux légitimes préoccupations de nos abonnés.

F. Worms, avocat.

N. B. — Nous prions ceux de nos lecteurs qui ont eu connaissance d'accidents survenus dans des laboratoires de vouloir bien nous les signaler, afin de permettre à notre collaborateur judiciaire de faire un travail d'ensemble sur la responsabilité qui, éventuellement, pourrait nous incomber.

NOUVELLES

Circulaire ministérielle.

L'Académie de Paris a communiqué à l'École dentaire de Paris une circulaire du 31 janvier 1900, émanant du Ministère de l'Instruction publique, de laquelle nous extrayons le passage suivant :

III. — *Les deux sessions ordinaires pour le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, continueront, comme par le passé, à avoir lieu chaque année, mais ces deux sessions seront exclusivement réservées aux futurs aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste.*

Conférence d'hygiène dentaire.

Dimanche 4 février 1900, à 5 heures du soir a eu lieu à Perpignan (salle Arago à la mairie), une conférence publique et gratuite sur l'*Hygiène de la bouche* par M. Raphaël Vidal, chirurgien-dentiste.

Nous ne pouvons qu'approuver ce premier pas dans une voie où nous ne saurions trop encourager nos confrères à s'engager. C'est en effet le meilleur moyen de faire l'éducation du public, c'est-à-dire de le mettre en garde contre les agissements des charlatans, contre la réclame mensongère que cherche à réprimer le Syndicat des chirurgiens-dentistes.

Assurance médicale mutuelle de Paris contre la mortalité.

M. le Dr L. Bélières, vice-président de la Société du IXe arrondissement de Paris, vient de prendre l'initiative d'un projet intéressant. Il s'agit de fonder une *Société d'assurance mutuelle, sans frais généraux* sans bureaux, sans actionnaires, sans limite d'âge, sans examen préalable. Cette Société, idéale par sa simplicité, fonctionnerait de la façon suivante. Chaque fois qu'il surviendra un *décès* parmi les membres de la Société du IXe arrondissement, tous ses membres s'engagent à payer une somme de *cinq francs*, qui sera versée tout de suite, non à titre de secours, mais comme une dette, à la famille du sociétaire décédé, quelle que soit la situation de fortune, la famille restant libre de rendre la somme à la Société, qui décidera de son emploi. Pour la Société qui compte 220 membres, il s'agirait donc d'une somme de 1.100 francs. Or les statistiques montrent que la moyenne des versements annuels ne dépassera pas 15 francs. Si l'on se rend compte que

les Compagnies d'assurance exigent 38 fr. 34, pour assurer une somme de 1.000 francs à quarante-cinq ans, on verra combien le projet de M. Bélières peut être utile. Toutes les sociétés médicales feront bien de l'étudier (*Gaz. des Hôp.*).

Nous recommandons ce projet à l'attention du Conseil d'administration de nos Sociétés professionnelles, qui pourraient utilement l'adapter à leurs besoins en raison de sa grande simplicité.

C. G.

Congrès international d'Électrologie et de Radiologie médicales.

A la demande de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, le Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900.

Un comité composé de MM. *Weiss*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président ; *Apostoli* et *Oudin*, vice-présidents ; *Doumer*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire général ; *Moutier*, secrétaire ; *Boisseau du Rocher*, trésorier ; MM. *Bergonié*, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; *Bouchacourt*, *Branly*, professeur à l'Institut catholique de Paris ; *Broca*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; *Larat*, *Radiguet*, *Villemin*, chirurgiens des hôpitaux ; a été chargé d'en assurer l'organisation.

Ce Congrès se tiendra à Paris du 27 juillet au 1er août 1900.

On est prié pour plus amples renseignements de s'adresser à M. le professeur *E. Doumer*, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, secrétaire général, auquel doit être adressée toute la correspondance relative à ce Congrès.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr *Moutier*, 11 rue de Miromesnil, Paris.

Le Secrétaire Général,
Prof. E. DOUMER.

Les étudiants anglais.

Les étudiants en dentisterie qui fréquentaient les écoles dentaires anglaises en 1899 étaient au nombre de 293.

Erratum.

Numéro du 30 janvier, page 59, 2me alinéa, lire *analgésie* au lieu d'*analyse*.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 85. — A. *Où peut-on se procurer le masque du Dr* DARIN *pour anesthésie au protoxyde d'azote dont il est parlé dans le numéro de* L'Odontologie *du 15 janvier 1898?*

B. *Où peut-on avoir des renseignements précis à ce sujet?*

C. *Quelles sont les contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote par ce procédé?*

R. V.

? N° 89. — *Où peut-on se procurer le caoutchouc pour le mode d'adhérence des plaques dentaires préconisé par M. le Dr Spyer?*

J. L.

? N° 92. — *Peut-on obtenir par la cataphorèse, en chirurgie dentaire, une anesthésie égale ou supérieure à celle qu'on obtient avec les injections de cocaïne, et quelle est la meilleure méthode?*

L. S. (de Wilna).

☞ *Réponse.* — La valeur de l'anesthésie cataphorétique pour l'extraction des dents est encore très relative.

La plupart des praticiens qui se sont occupés de la question de cataphorèse dentaire reconnaissent que les résultats qu'ils ont obtenus en ce qui concerne l'insensibilisation pour l'extraction dentaire étaient peu satisfaisants. On ne doit pas trop compter actuellement sur ce mode d'anesthésie, auquel la simple injection hypodermique est encore préférable.

C. W.

? N° 95. — *Les travaux du Dr Bonwill suivants ont-ils été traduits en français; et dans ce cas dans quelle publication ont-ils paru?*

1° *Lois géométriques et mécaniques de l'articulation.*

2° *Nouvelle méthode de palais à crochets comparée au travail à pont.*

3° *L'articulation scientifique des dents humaines basée sur les lois géométriques, mathématiques et mécaniques.*

(Un abonné).

? N° 102. — *Que pensez-vous d'un dentiste qui fait placer sur la façade de sa maison une plaque en cuivre d'environ 50 centimètres carrés, qui fait placer sur son balcon le mot « Dentiste », en grandes lettres dorées de 50 centimètres de hauteur, et qui fait insérer dans le journal l'avis suivant dans les faits divers?*

« M. X..., chirurgien-dentiste, consulte tous les jours, de 10 à 4 heures, rue de J...? »

Voyez-vous dans cette façon d'agir quelque chose de contraire à la dignité professionnelle? Est-ce tolérable? Vu le peu d'années d'existence de l'Association des Dentistes de.... vaut-il mieux être tolérant et par persuasion arriver à faire cesser cet état de choses, ou bien faut-il être intransigeant? Il faut noter que dans les statuts de l'Association de... on n'admet ni réclame, ni cadre, mais on ne spécifie pas les enseignes voyantes, ni les avis dans les journaux.

Réponse. — A mon avis, la seule publicité permise est celle qui contient uniquement le nom, le titre, l'adresse et les heures de consultation. Quant aux enseignes sur les maisons, balcons, etc., elles ne devraient plus exister ; mais, pour ma part, je comprends de la part d'une Société comme la vôtre certains ménagements pour assurer la transition.

G.

? N° 103. — *Patenté antérieurement à 1891, puis-je faire mettre sur mes plaques :* « Chirurgien-Dentiste », *sans être en défaut ?*

B. G.

Réponse. — Le titre de *chirurgien-dentiste* n'appartient légalement qu'aux diplômés des Facultés de médecine ; nous avons déjà répondu d'ailleurs à une question identique sous le n° 98, p. 46 du 15 janvier.

E. P.

? N° 104. — *Quelles sont les démarches que doivent faire les dentistes diplômés ayant accompli leurs trois années de service et qui veulent passer l'examen de médecin auxiliaire de réserve ? Dans ce cas combien font-ils de périodes de vingt-huit jours : 2 ou 3 ?*

M. G.

? N° 105. — *Un dentiste a-t-il le droit d'avoir plusieurs cabinets dans des villes différentes en ayant dans ces cabinets des opérateurs diplômés ?*

UN OPÉRO.

? N° 106. — 1° *L'air liquide a-t-il été employé par quelques-uns de nos confrères comme anesthésique local dans les extractions dentaires ?* 2° *Quels ont été les résultats ? N'y a-t-il pas eu de sphacèle ?* 3° *Où trouve-t-on l'air liquide ?*

E. D.

? N° 107. — *Ai-je le droit de faire l'annonce ci-après sans être exposé à des poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine ?*

Prothèse dentaire.
A. D., mécanicien-dentiste (adresse).
Spécialité d'appareils dentaires.
Réparations de tous systèmes.
Visible tous les jours de 8 heures du matin à 6 heures du soir, dimanches et fêtes exceptés.

A. D.

Réponse. — Assurément oui, l'exercice de la prothèse dentaire étant libre.

E. P.

? N° 108. — *Patenté depuis 1892, puis-je me présenter à l'examen de la Faculté de médecine sans passer trois ans dans une école dentaire ?*

A. D.

Réponse. — Tout patenté de **1892** peut se présenter avec sa patente aux examens de la Faculté sans faire d'études dans une école dentaire.

E. P.

? N° 109. — *Un mécanicien-dentiste peut-il, sans pratiquer l'extraction, limer une pointe de racine qui gênerait pour le placement d'un appareil, sans courir le risque d'être poursuivi ?*

A. D.

Réponse. — Le limage des racines est une opération rentrant dans l'exercice de l'art dentaire et qui, par suite, peut être interdite à tous ceux n'ayant pas le droit de pratique légale.

E. P.

? N° 110. — *Où peut-on se procurer « la Cobaltine » préconisée par* M. Schwabsky *dans le n° du 30 décembre 1899, page 551 ?*

E. B.

? N° 111. — *N'a-t-on pas construit, autrefois, des vulcanisateurs à air chaud en vue de les substituer aux vulcanisateurs actuels ?*

Sait-on les résultats de cette tentative, tant au point de vue de la prothèse que de la sécurité des mécaniciens ?

G. B.

DERNIÈRE HEURE

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

A PROPOS DU XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (1900)

Dans plusieurs journaux de l'étranger nous avons vu que divers auteurs laissent à entendre que les dentistes peuvent être admis dans la section de Stomatologie du Congrès médical international de 1900, dans laquelle ils seraient en quelque sorte tolérés.

Ce renseignement est inexact ; en effet, le règlement du XIIIe Congrès international de médecine, art. 2, est ainsi conçu :

ART. 2.

« Seront membres du Congrès :

« 1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

« 2° Les *savants* qui seront présentés par le Comité « exécutif français ou par les Comités nationaux étran- « gers. »

En admettant même qu'il soit possible, grâce au 2e paragraphe de l'article, d'admettre quelques personnalités éminentes, il nous paraît qu'on ne saurait comprendre par ce mot de *savants* l'immense majorité des dentistes, qui sont surtout des praticiens. S'il en était autrement, le règlement ne serait pas observé, ce que nous ne devons pas penser.

De plus, nous extrayons d'une circulaire envoyée aux adhérents du Congrès de médecine le passage suivant, qui est formel :

« Nous attirons votre attention sur une question dont nous avons été saisis par plusieurs Comités nationaux, celle de l'admission comme membres du Congrès des dentistes non pourvus de diplôme de docteur ou de médecin pratiquant. Nous aurions été heureux de pouvoir répondre favorablement aux demandes qui nous ont été faites à ce sujet.

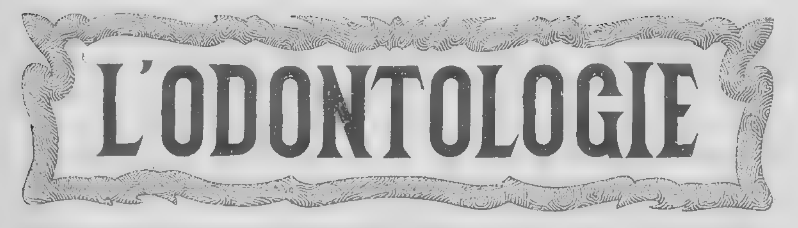
Deux considérations ne nous permettent pas de le faire : nous croyons nécessaire que notre Congrès conserve son caractère essentiellement médical et n'admette que des membres ayant des origines scientifiques équivalentes. Nous craignons, d'autre part, que l'admission indistincte de tous les dentistes ne nous amène un surcroît numérique de membres trop considérable, ce qui ajouterait encore aux difficultés déjà très grandes d'organisation et de tenue du Congrès. Telles sont les raisons qui nous ont fait décider de n'admettre comme membres du Congrès que les Dentistes et Stomatologistes pourvus du diplôme de docteur ou médecin pratiquant.

Veuillez agréer, etc.

Le Secrétaire général du Congrès,
A. CHAUFFARD.

Ces deux extraits montrent nettement que la porte du Congrès médical international est fermée aux dentistes, s'ils ne sont médecins.

20e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1900 VOL. XXIII



Travaux Originaux

STÉRILISATEUR POUR INSTRUMENTS DENTAIRES

Par M. F. AUDY

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 9 janvier 1900)

La raison qui nous a poussé à étudier un appareil à stériliser les instruments est la réputation de malpropreté que, dans le monde médical, on continue à faire à tort ou à raison et surtout par force d'habitude aux chirurgiens-dentistes.

Sans faire ici la critique des appareils de stérilisation qui ont été soumis aux dentistes, on peut dire que la plupart de ces appareils sont difficiles à transporter et qu'aucun ne peut trouver sa place sur la tablette du cabinet ou à portée de la main. Là seulement, en effet, doit être placé le stérilisateur pour que la désinfection des instruments puisse se faire immédiatement après chaque pansement, sans qu'elle soit un travail supplémentaire imposé à l'opérateur.

L'appareil que nous avons l'honneur de vous présenter se compose essentiellement d'un récipient chauffé par une lampe à alcool.

Le récipient, que nous appellerons le bouilleur (car il est

destiné à contenir un liquide porté à l'ébullition), est en cuivre nickelé, d'une contenance totale de 100 centimètres cubes, mais que, pour l'usage, nous remplirons seulement de 50 centimètres cubes, tant pour pouvoir y placer les instruments que pour éviter, pendant l'ébullition, la projection au dehors d'une partie du liquide ; de plus il est surmonté d'une armature légère pour soutenir les instruments à long manche dont nous nous servons.

La lampe est une lampe à alcool ordinaire dont la flamme est entourée d'une bande de métal perforé qui a pour but :

1° De supporter le bouilleur à une hauteur déterminée ;

2° De concentrer sur lui la chaleur de la flamme ;

3° De protéger celle-ci contre les courants d'air.

Dans le fond du bouilleur nous avons placé une rondelle en feutre perforée, pour éviter que la pointe des instruments ne s'émousse par le frottement sur le fond en métal.

Tel est l'appareil complet dans toute sa simplicité, auquel nous ajouterons une sorte de gobelet en métal nickelé qui peut servir de couvercle au bouilleur et être utile dans différentes occasions que nous énumérerons par la suite.

Maintenant que nous connaissons l'appareil, nous voyons tout de suite qu'il repose sur le principe de la stérilisation par un liquide porté à l'ébullition à l'air libre, c'est-à-dire sans pression ou mieux à la pression atmosphérique.

Et aussitôt une première question se pose à notre esprit : quel liquide convient-il d'employer ?

Ce liquide doit a priori remplir certaines conditions ; il faut :

1° Qu'il soit facile de se le procurer, et par là j'entends aussi d'un prix raisonnable ;

2° Que le point d'ébullition de ce liquide soit suffisamment élevé pour détruire complètement les bactéries et autres germes pathogènes contenus dans la bouche et dans les caries et interstices des dents ;

3° Que ce liquide porté à cette température ne détériore pas les instruments très fragiles dont nous nous servons habituellement, qu'il n'influe pas sur la trempe de l'acier et qu'il n'émousse pas le tranchant ;



Fig. 4. — Stérilisateur pour instruments dentaires avec son couvercle.

Fig. 5. — Stérilisateur pendant le fonctionnement.

4° Que les vapeurs émises par ce liquide n'aient pas une odeur incommodante ou même désagréable.

Voyons donc les substances qui répondront à nos desiderata. Nous avons d'abord l'eau simple, puis l'eau additionnée de différentes substances que nous allons étudier successivement.

Commençons par l'eau simple : 50 grammes d'eau préalablement filtrée introduits dans le bouilleur de notre appareil atteignent en trois minutes le point d'ébullition de 100° ; mais les instruments tranchants abandonnés pendant quelques minutes dans le liquide à cette température prennent une teinte noirâtre causée par une mince couche d'oxyde ; de ce fait le tranchant de l'instrument (rugine, excavateur) est sensiblement émoussé.

Cet inconvénient, auquel on peut ajouter celui causé par la température un peu insuffisante a priori de 100°, nous oblige à éliminer l'eau simple.

Essayons ensuite l'eau additionnée de substances salines. Les substances qui nous ont paru remplir les conditions que nous avons énumérées et que nous avons spécialement étudiées sont les carbonates de soude et de potasse auxquels nous ajouterons le borate et le biborate de soude.

50 grammes d'eau contenant 1 o/o de borate de soude atteignent en 3' 15" la température de 102°, température constante pendant toute la durée de l'ébullition ; les instruments plongés dans ce liquide à cette température pendant 10 minutes présentent une teinte légèrement mat, le tranchant ne paraît pas avoir subi de modification ; abandonnés à l'air libre pendant plusieurs heures, sans avoir été essuyés après la sortie de l'appareil, les instruments *ne présentent aucune tache de rouille.*

La même expérience faite avec une solution de biborate de soude au 1/100e a donné lieu aux mêmes observations : même point d'ébullition, etc.

Solution de carbonate de soude à 1 o/o (ou de carbonate de potasse). Point d'ébullition obtenu en 3'10" : 103° ; mêmes observations pour l'influence sur les instruments.

Nous pouvons donc conserver ces solutions pour essayer leur pouvoir stérilisant d'après le procédé que nous décrirons dans un instant.

Disons auparavant deux mots d'un mélange que nous avons expérimenté : mélange d'eau et de glycérine neutre dans la proportion d'une partie de glycérine pour deux parties d'eau (en volume). Température d'ébullition du mélange obtenue en 3'20" : 105° centigrades. Les instruments ne subissent aucune trace d'oxydation, aucune influence de l'ébullition sur le tranchant.

Pour remplir la quatrième condition imposée au liquide choisi relativement à l'odeur des vapeurs émises, nous ajoutons, pour leur donner une odeur agréable, quelques gouttes d'une solution alcoolique de menthol à saturation (le menthol est en effet difficilement soluble dans l'eau).

Devant les résultats satisfaisants donnés au point de vue de la conservation des instruments par les substances énumérées (carbonates de soude et de potasse, borate et biborate de soude, solutions aqueuses à 1 o/o, mélange de glycérine au 1/3), nous avons expérimenté ces substances pour la stérilisation de quelques instruments de la façon suivante.

Avec des instruments ayant servi soit à nettoyer des cavités, soit à enlever le tartre, nous avons ensemencé des tubes de bouillon de culture, puis nous avons placé les instruments dans les différentes solutions portées à l'ébullition dans notre appareil, où nous les avons abandonnées pendant un temps variable indiqué pour chaque instrument; nous avons enfin ensemencé avec les instruments ayant bouilli d'autres tubes de bouillon, et voici les résultats que nous avons obtenus.

Des rugines souillées par le nettoyage des cavités et ayant fourni par ensemencement des cultures plus ou moins abondantes n'ont donné, au deuxième ensemencement, après sept minutes d'ébullition dans les solutions salines au 1/100e, à une température de 102 à 103°, aucune culture, comme l'indique le tableau ci-après :

INSTRUMENT employé pour l'expérience.	TUBE ensemencé.	RÉSULTAT de la culture.	DURÉE DE l'ébullition.	NATURE DE LA SOLUTION portée à l'ébullition.	TEMPÉRATURE	TUBE ensemencé.	CULTURE obtenue.	RÉSULTAT DE l'opération.
Rugines contaminées par nettoyage de caries dentaires.	Tube n° 1.	Culture peu abondante.	7'	Borate de soude à 1/100.	102°	Tube n° 3.	nulle.	Stérilisation complète.
	Tube n° 2.	Culture assez abondante.	7'	Biborate de soude à 1/100	102°	Tube n° 4.	nulle.	d°
	Tube n° 5.	Culture assez abondante.	7'	Sol. de carbonate de potasse à 1/100 et Traces de menthol.	103°	Tube n° 7.	nulle.	Stérilisation complète.
	Tube n° 6.	Culture *très* abondante.	7'	Solution de carbonate de soude à 1/100 avec Traces de menthol.	103°	Tube n° 8.	nulle.	Stérilisation complète.
Instrument à nettoyer ayant servi à l'abrasion du tartre.	Tube n° 9.	Aucune culture.	6'	Mélange : Eau 35 cm3. Glycérine neutre 15 cm3. Traces de menthol.	105°	Tube n° 10.	nulle.	nul.

De la lecture de ce tableau il résulte qu'une température de 102 à 103 degrés centigrades maintenue pendant sept minutes est suffisante pour tuer les germes qu'on rencontre habituellement dans la bouche et les caries des dents. A fortiori la température de 105° produite par le mélange d'eau et de glycérine doit-elle être efficace ; mais la preuve absolue de cette efficacité manque, l'instrument n'ayant produit aucune culture avant la stérilisation.

On peut d'ailleurs, dans l'appareil que je mets sous vos yeux, obtenir des températures beaucoup supérieures : j'ai obtenu par l'ébullition d'un mélange à parties égales d'eau et de glycérine la température de 137°, et la température monta tout le temps que dura l'ébullition, le point d'ébullition s'élevant à mesure que la solution devenait plus riche en glycérine, l'eau seule s'évaporant. Avec suffisamment de patience j'aurais certainement atteint le point d'ébullition de la glycérine pure : 220°.

Mais je crois ce chiffre un peu trop élevé et je conclurais par l'adoption de la solution au 1/100e de carbonate de soude, à laquelle je préférerais cependant le mélange de quinze parties de glycérine pour trente-cinq d'eau, en ayant soin, si l'ébullition est prolongée longtemps, de remplacer par de l'eau ordinaire l'eau évaporée et de ne pas oublier le menthol.

Je dirai encore deux mots du gobelet en métal ajouté à l'appareil, très utile pour hâter l'ébullition du liquide lorsqu'on l'emploie comme couvercle et pour conserver de l'eau bouillie servant à la préparation extemporanée des solutions de cocaïne.

Je ferai enfin remarquer que l'appareil peut très bien fonctionner avec un brûleur à gaz Bunsen, grâce à l'échancrure ménagée pour le passage du tuyau à la partie inférieure de l'appareil.

Il me reste à vous remercier de votre bienveillante attention et à vous présenter des excuses si j'en ai abusé pendant cette description aride et ces explications embrouillées.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿ *président.*
Dr Roy, *vice-président.*
Choquet, *vice-président.*

MM. **de Marion** ✿ *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Gross, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**, I ✿.
Touvet-Fanton.
Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✿, ✿ **et Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✿, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*

MM. **De Marion**, ✿, *secrétaire général.*
Billet, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✿, ✿, **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, **Godon** ✿, ✿, **Lemerle**, ✿, **Dr Maire**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, ✿, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✿, **Stévenin.**

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, ✿ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✿, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

GREFFE ET VITALITÉ PERSISTANTE D'UNE PULPE DENTAIRE

Par M. le Docteur Maurice Roy,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris,

Dentiste des hôpitaux.

(Communication à la Société d'odontologie. Séance du 9 janvier 1900).

Le cas dont je vais relater la courte observation est intéressant en ce qu'il montre la possibilité, pour une pulpe dentaire mise à nue par un traumatisme, de se greffer sur les tissus voisins et de conserver ainsi sa vitalité.

Un de mes confrères de province, le Dr D..., vint, il y a quelque temps, me trouver pour la confection d'un appareil prothétique dont il avait besoin à la mâchoire supérieure, où il lui manquait un certain nombre de dents et où depuis longtemps il portait déjà un appareil.

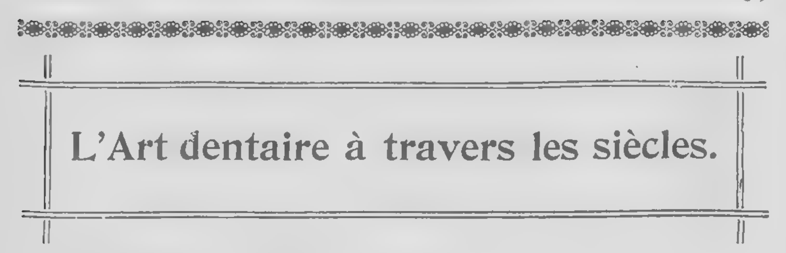
Ce malade n'avait plus que les racines des quatre incisives supérieures et il lui manquait, en outre, les deux prémolaires et la première grosse molaire supérieures droites complètement disparues.

J'examinai les racines des quatres incisives au point de vue de leur état de conservation ; les deux incisives latérales et l'incisive centrale gauche avaient été soignées plusieurs années auparavant et étaient en parfait état. L'incisive centrale droite, par contre, était complètement cachée sous la gencive, sauf un tout petit coin de son bord antérieur qui émergeait de celle-ci, comme cela se rencontre pour les racines très excavées où la gencive vient remplir la cavité. Toutefois, et ce point a son importance comme on le verra tout à l'heure, cette gencive n'avait pas l'aspect rouge et enflammé qu'on observe dans ce dernier cas ; elle avait, au contraire, une apparence absolument saine, elle était de consistance très ferme et ne saignait pas facilement au contact des instruments.

Cette dent, saine à l'époque, avait été cassée sept ans auparavant dans une chute de bicyclette et avait été remplacée quelques jours après, sans que la racine fût soignée.

Afin de savoir ce qu'il convenait de faire de cette racine, je voulus la mettre à découvert et je fis une incision circulaire sur la gencive circonscrivant la surface de la racine; je tirai sur le bourgeon gingival ainsi détaché de ses adhérences périphériques et fus tout étonné de voir qu'il résistait. Je repassai dans mon incision : toute la périphérie était bien divisée et le lambeau de gencive tenait par sa partie centrale; je pris une pince à disséquer et pus l'avoir en exerçant une traction relativement énergique. Je fus étonné de trouver une racine en très bon état au point de vue de sa texture et pas du tout excavée, mais cassée un peu obliquement en arrière. Une petite hémorragie persistait au niveau du canal. Je pénétrai avec une sonde dans celui-ci et fus on ne peut plus surpris de trouver une sensibilité très vive, absolument analogue à celle qu'on observe quand les filets radiculaires d'une dent sont encore vivants et, de fait, ayant préparé une sonde *ad hoc*, j'enlevai un filet radiculaire vivant, que j'avais conservé pour l'examiner histologiquement, mais qui a été égaré. Je compris alors la raison de la résistance centrale que j'avais rencontrée pour enlever le petit lambeau de gencive : il adhérait par sa partie profonde à la pulpe de cette dent qui s'y était greffée immédiatement, sans doute après la fracture de la dent survenue *sept ans auparavant*, et cette pulpe avait ainsi continué à vivre, complètement recouverte par la gencive (la fracture, je l'ai dit, s'étant faite à un niveau un peu bas). Ce nouveau genre de vie avait même un peu modifié macroscopiquement sa constitution, car, de par sa consistance plus ferme que la normale, les éléments fibreux devaient y être plus nombreux qu'à l'état normal.

Ces faits expliquent également l'aspect normal de la gencive, qui ne m'avait pas frappé tout d'abord, et le très bon état de conservation de la racine, dont l'ivoire avait continué à subir l'influence nourricière de la pulpe.



L'Art dentaire à travers les siècles.

CONFÉRENCE D'OUVERTURE DU COURS DE DROIT MÉDICAL A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS (25 NOVEMBRE 1899).

Par M. F. Worms.
Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique,
Avocat à la Cour d'Appel,
Professeur de droit médical à l'École dentaire de Paris.

Mesdames, Messieurs,

Le Cours que m'a confié le Conseil d'administration de l'École — et vous permettrez bien, je pense, que mes premières paroles expriment ici toute ma gratitude — a pour titre : *le Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.*

N'est-ce pas tout un programme ?

Et si je suis assez heureux pour tenir jusqu'au bout votre attention en éveil, peut-être, en fin d'année, ne regretterez-vous pas le chemin parcouru de concert, car, sous son apparence purement théorique, c'est un enseignement, au fond, très pratique que j'entends vous offrir.

Vous faire connaître vos droits et vos devoirs professionnels, c'est, à mon sens, vous mettre en mesure de faire face à toutes les surprises de l'existence et de combattre loyalement le bon combat.

N'attendez pas, pour cela, de moi, des leçons sévèrement cravatées de blanc et présentées en quelque sorte en habit de cérémonie ; mon ambition serait d'engager avec vous de ces causeries familières qui établissent entre l'étudiant et le maître comme un commerce intime et qui font pour ainsi dire des uns et des autres des collaborateurs réciproques.

Mais je vous demande de me faire un peu crédit, — et de me laisser, en cette première conférence, — afin d'éclairer notre route, — esquisser en un tableau rapide le passé historique de l'Odontologie.

C'est en comparant ce qu'étaient vos devanciers à ce que, grâce à la vigoureuse initiative des fondateurs de l'École dentaire de Paris, la loi nouvelle qui vous régit désormais a fait de vous, que vous pouvez du coup mesurer la distance qui sépare l'empirisme de la science, et que vous pourrez sans peine aussi calculer les efforts qui restent à faire pour achever l'œuvre vaillamment commencée.

*
* *

Mais, au seuil même de ce Cours, je ne me pardonnerais pas de ne point rappeler le souvenir de l'homme qui a inauguré l'enseignement du Droit dentaire, d'Émile Roger, mon prédécesseur, si soudainement enlevé à ses élèves et à ses amis.

Ses élèves, ses amis ? J'ai tort de faire semblable distinction.

Ses élèves étaient ses amis — tout naturellement — parce qu'il était bon, serviable et modeste, comme les forts.

« Fils de ses œuvres — ai-je lu de lui quelque part — il s'était instruit lui-même, avait fait sa position tout seul et était parvenu à force d'énergie à occuper une place honorable au barreau. »

A l'École dentaire il a fait mieux, et je ne puis que lui succéder, sans espérer le remplacer encore.

Il a consacré les dix meilleures années de sa vie à l'éducation professionnelle de vos camarades.

De ses longs efforts, de ses patientes recherches et de ses veilles laborieuses — en collaboration avec votre distingué président, M. Godon — est sorti un livre honnête et plein d'érudition, véritable modèle de précision et de clarté.

Ce sera notre guide — et je ne sache pas de meilleur éloge qu'on puisse faire d'une œuvre et de son auteur.

*
* *

Et maintenant, ce livre en main, parcourons les différentes étapes qui doivent nous conduire à la loi du 30 novembre 1892, qui, la première, a réglementé d'une façon sérieuse l'exercice de l'art dentaire.

Comme nous l'apprennent MM. Roger et Godon, dans leur *Code du chirurgien-dentiste* : « Peu de professions ont subi une transformation aussi complète que la profession du dentiste en France. »

Durant longtemps — dans l'antiquité, en Grèce et à Rome — les médecins eux-mêmes n'étaient assujettis à aucun diplôme, et il n'y avait point de règles professionnelles qui leur fussent légalement imposées.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il y ait pas eu de tout temps des spécialistes se chargeant des soins dentaires.

Un auteur le dit avec beaucoup d'esprit, dans des *Variétés chirurgicales* : « Les dents, outre leur valeur décorative, constituent des objets de première nécessité. Aussi les nobles et vénérables origines de l'Odontotechnie se perdent-elles dans la nuit des âges. »

On prétend, d'ailleurs, que c'est à l'un des trois Esculape (mentionnés dans l'histoire de la médecine) que revient l'honneur d'avoir le premier inventé l'art d'arracher les dents.

Mais de cet art-là on n'abusait guère autrefois, il faut en convenir.

« Les anciens — raconte un médecin du XVIe siècle, *Jean Liébault*, — tenaient tant de compte, faisaient si grand cas de leurs dents, qu'ils ne les tiraient ni arrachaient jamais qu'elles ne branlassent et tombassent quasi d'elles-mêmes. En témoignage et avertissement de quoi, au temple d'Apollon, il y avait une tenaille à tirer les dents faite de plomb, pour signifier qu'il ne fallait tirer la dent, si elle ne branle et vacille tellement qu'elle puisse être arrachée et tirée avec une tenaille de plomb, c'est-à-dire sans force ou violence aucune ; autrement, non. »

La peine du talion frappait chez les Hébreux quiconque détruisait une dent, et chez les musulmans il ne fallait rien moins que l'autorisation du souverain pour la plus petite extraction !

A juger, par ces prescriptions sévères, du prix qu'on attachait à la conservation des dents, on s'explique que l'art de remplacer celles qui étaient absentes fût alors parvenu à une certaine perfection, et sans un état suffisamment avancé de prothèse dentaire on ne comprendrait guère toute la mordante ironie de cette épigramme impolie du satirique Martial, s'adressant à une vieille Romaine : « Tu ôtes, tous les soirs, tes dents comme ta robe. »

Mais cet art s'était assez vite perdu. Il vint un temps où les défuntes ne furent plus remplacées, et l'histoire nous apprend que lorsque le roi Saint-Louis mourut, à 55 ans, sa mâchoire inférieure ne possédait plus qu'une seule dent — qui, pour le dire en passant, fut précieusement et longtemps conservée dans le Trésor de Saint-Denis.

Je n'entends pas dire cependant qu'on ne prenait point alors grand soin de sa bouche, car *Montaigne* lui-même, qui avait des dents excellentes, nous apprend dans ses *Essais* qu'il les frottait avec une serviette, « et le matin, et à l'entrée et issue de la table ».

Et comme la coquetterie ne perd jamais ses droits, les femmes, jusqu'aux femmes philosophes, faisaient parfois usage de râteliers complets, tout imparfaits qu'ils fussent. C'était, en ces temps, la *Corporation des tabletiers* qui avait le monopole de la fabrication des fausses dents.

Tallemant des Réaux nous raconte, à ce propos, une bien amusante anecdote: « *Mlle de Gournay*, la fille d'alliance de *Montaigne*, avait un râtelier de dents de loup marin ; elle l'ôtait en mangeant ; mais elle le remettait pour parler plus facilement, et cela assez adroitement. A table, quand les autres parlaient, elle ôtait son râtelier et se dépêchait de doubler ses morceaux, et après elle remettait son râtelier, *pour dire sa râtelée.* »

Rien n'est curieux, d'ailleurs, chez les anciens auteurs, comme la longue nomenclature des traitements et des soins dentaires conseillés par un empirisme complaisant.

N'avait-on pas, du temps d'Érasme (si l'on en croit sa *Civilité*, qui

date de 1530), la singulière habitude de nettoyer les dents avec de l'urine, et n'usait-on pas, au XVIIe siècle, de la saignée pour lutter contre l'odontalgie, sur les conseils mêmes de Gui Patin, un célèbre médecin du temps ?

Et je ne sais même quelle vieille matrone avait proposé les crottes de chat sauvage comme spécifique !

On doit dès lors convenir qu'à cette époque l'art dentaire était plutôt du domaine de la fantaisie que de la chirurgie : ce qui confirmait singulièrement cette boutade de *Guillaume Bouchet*, dans ses fameuses *Sérées* : « Tout le monde est médecin au mal de dents. »

A quoi cela tenait-il ? A ce qu'il n'y avait point alors de réglementation en ce qui concernait même la médecine proprement dite, ou que le peu qui en existait n'était pas sérieusement appliqué. Rien n'était facile comme de se faire admettre dans la *Corporation des médecins ou des chirurgiens*, et la vie et la santé d'autrui étaient volontiers sacrifiées à l'appât du lucre.

Quant aux dentistes, c'est à peine si dans les lois du XVIIe siècle il est question d'eux, et l'Ordonnance de 1614 est le premier texte qui s'en occupe en France.

Mais il faut croire qu'il y eut bientôt de graves abus à réprimer, car dans les Statuts de 1699, qui mirent sur la même ligne les dentistes, les oculistes, les renoueurs d'os et les lithotomistes, il est interdit à vos devanciers de prendre officiellement d'autre titre que celui d'*experts*, et encore n'en peuvent-ils user que pour la partie de la médecine qu'ils exercent.

Le temps marche pourtant.

Voilà qu'une Déclaration du roi du 24 février 1730 parle encore incidemment des dentistes. — Paris comptait alors 30 dentistes, dont 2 seulement étaient reçus maîtres en chirurgie.

La Corporation comprenait aussi 2 femmes, et l'examen peu compliqué portait à la fois sur la théorie et sur la pratique.

Mais tout à coup le ciel s'assombrit : un arrêt du Parlement du 19 avril 1755 vient gravement interdire l'exercice de la profession dentaire, Mesdames, aux dentistes de votre sexe ! Écoutez plutôt :

« Comment serait-il possible que des femmes et des filles, que la décence de leur sexe exclut des cours d'anatomie et d'ostéologie, puissent acquérir une capacité suffisante pour traiter ces parties de la chirurgie avec succès, lorsque, après bien des veilles d'un travail assidu, souvent l'expérience des plus grands maîtres suffit à peine pour ces opérations ? »

Les choses ont heureusement bien changé depuis ; ne trouvez-vous pas, Mesdames ?

Quoi qu'il en soit, cette rigueur nous montre qu'on commençait à prendre l'art dentaire au sérieux.

Et, en effet, la condition des *experts* est bientôt réglée à nouveau par les Lettres-patentes de mai 1768, et nous voici enfin en face du premier texte organique réglant la matière.

Il y est surtout question de l'Organisation du *collège de chirurgie* ; mais le titre IX renferme 4 articles (126 à 129) qui concernent les dentistes.

L'article 126 impose à ceux qui voudront s'appliquer à la *cure des dents* l'obligation, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir au *Collège de chirurgie* en la qualité d'*experts*.

L'article 127 leur impose, soit chez un maître en chirurgie, soit chez un expert-dentiste, un stage de 2 ou 3 ans, suivant qu'il aura lieu à Paris ou en province.

L'article 128 fixe les conditions de l'examen théorique et pratique, la composition du jury d'examen et les formalités à remplir pour se faire admettre ou une fois reçu, telles que l'inscription et la prestation de serment entre les mains du premier chirurgien du Roi.

L'article 129 porte les pénalités en cas d'exercice illicite de l'art dentaire ou d'usurpation du titre de chirurgien de la part de celui qui ne serait qu'expert-dentiste.

Ainsi, quelque modeste que soit la place du dentiste dans cette réglementation, voilà enfin un acte d'état civil professionnel !

Mais combien cela devait peu durer !

Avec 1789 s'ouvre l'ère de la Révolution, et le vent de la liberté va bientôt souffler en tempête.

Coup sur coup, le Décret du 2 mai 1791 proclame la liberté de toutes les professions, arts et métiers, et celui du 18 août 1792 ordonne la suppression des Universités, Facultés et Corps savants.

Empiriques et charlatans en profitèrent pour étaler impudemment leurs enseignes, au grand dommage de la santé publique, et les scandales apparurent si flagrants, que bientôt se fit sentir la nécessité de rétablir à peu près l'ancien état de choses.

De là la *Loi du* 19 *ventôse an XI*, qui réglementa l'exercice de la médecine. Nul ne pourra désormais exercer la médecine, la chirurgie ou l'art des accouchements, ni être officier de santé, sans avoir subi certains examens professionnels sur des sujets médicaux spécialement déterminés par la loi.

Mais, me direz-vous, est-il, en tout cela, question des dentistes ?

Pas le moins du monde !

On ne leur réserve même pas, comme autrefois, une modeste place entre les herniaires, les orthopédistes et les sages-femmes.

La loi les ignore absolument !

Une situation aussi mal définie au point de vue juridique devait fatalement créer aux dentistes un sort peu enviable. Comment le public allait-il pouvoir séparer le bon grain de l'ivraie ? Aussi des

quatre coins de l'horizon surgirent des industriels, qui se crurent autorisés à exercer, sans se soumettre à aucune étude ni à aucune formalité légale, puisque le diplôme n'était pas exigé et que la profession était libre !

Il n'était pas jusqu'à la satire qui ne s'en mêlât, et de toutes parts le ridicule était déversé sur une profession respectable.

De son côté, la concurrence étrangère, habile comme toujours à tirer les marrons du feu, venait brocher sur le tout.

Les choses ne pouvaient pas durer ainsi, et de vigoureuses protestations ne tardèrent pas à se faire entendre.

Les Doctrinaires, les premiers, proclamèrent que le dentiste est un chirurgien, qui s'occupe de ce qui concerne les dents ; que, pour mériter ce titre, il lui faut faire des études spéciales, subir des examens et conquérir un diplôme, avant d'ouvrir un cabinet de consultation : car le dentiste n'a pas uniquement charge de faire des extractions de dents, des plombages, des appareils, ou de poser des dentiers ; il faut habituellement aussi qu'il traite les maladies de la bouche, de la muqueuse buccale, des dents ; quoi encore ?

Des praticiens distingués comme le Dr *Marjolin* enseignèrent qu'aujourd'hui surtout, où l'exercice de cet art demande tant de connaissances, il faut à la connaissance précise de l'anatomie de la bouche, et particulièrement de celle des dents, réunir des notions générales d'anatomie et de physiologie, de médecine, d'hygiène et de mécanique, et, de plus encore, celle d'un grand nombre d'opérations d'orfèvrerie ».

Et l'on put lire sous la plume du Dr *Réveillé-Parise* : « La profession de dentiste, exercée convenablement et légalement, exige des connaissances étendues et approfondies sur les causes des maladies des dents, sur leurs effets et les moyens de les combattre. Les opérations qui les concernent ont les mêmes bases et les mêmes règles générales de doctrine médicale que celles qui se pratiquent sur les autres parties du corps. La partie scientifique et théorique doit s'allier nécessairement au manuel opératoire... »

Tandis que s'élevaient sous cette forme scientifique les protestations que vous venez d'entendre contre le silence gardé par la loi de ventôse an XI sur les dentistes, les partisans de l'*autonomie de l'art dentaire*, qui se refusaient à voir dans la profession du dentiste une simple spécialité médicale et voulaient à tout prix empêcher qu'elle ne fût absorbée par la profession du médecin, défendaient avec ardeur la liberté de l'exercice professionnel et de l'enseignement technique. — Et il faut convenir que leur thèse avait un côté bien séduisant.

Nul ne l'a plus lumineusement résumée que *M. Pillette*, dans le discours qu'il prononçait en 1881, à la séance d'ouverture de l'Ecole

dentaire libre de Paris : « Ce qui est indispensable, c'est une instruction spéciale et véritablement appropriée aux exigeances nouvelles... [1] » Il protestait contre l'idée d'un diplôme portant en grande partie sur des matières dont la connaissance n'est pas indispensable au dentiste, et voulait qu'un professionnel fût aussi bon mécanicien que bon odontologiste, et qu'il ne fît d'opérations que sur les dents, pouvant trouver là un champ d'exploration qui doit suffire à son activité !

Les deux thèses opposées finirent par s'affirmer avec éclat devant nos cours et tribunaux, et la controverse se prolongea depuis 1827 jusqu'à la loi de 1892.

Mais aujourd'hui que la situation du chirurgien-dentiste est nettement déterminée par cette loi, cette controverse ne présente plus qu'un intérêt historique, et nous pouvons sans grand dommage en abréger l'analyse.

* * *

C'est, en effet, en 1827 qu'apparaît le premier procès fait en matière de dentisterie.

Il s'agissait d'une poursuite intentée à un dentiste de province, non muni de diplôme.

On ne saurait mieux résumer que n'a fait le *Recueil Sirey*, à qui je l'emprunte, la discussion qui a surgi à cette occasion. La lecture est courte, et vous me la pardonnerez, je pense.

« Que conclure du silence de la loi de l'an XI ? Si, a-t-on dit, la loi de l'an XI ne mentionne pas spécialement les dentistes, n'est-ce donc pas parce que l'institution des experts-dentistes avait été comprise dans la suppression prononcée par la loi du 18 août 1792 ? D'ailleurs, était-il d'absolue nécessité que la loi du 19 ventôse s'occupât d'une manière particulière de la profession de dentiste ? Par les mots : docteur en médecine ou en chirurgie et officier de santé, n'entendait-elle pas indubitablement embrasser les diverses branches de l'art de guérir, et n'était-il pas juste de dire que chacune de ces diverses branches, que son objet fût plus ou moins étendu, était protégée par elle contre les atteintes des empiriques et des charlatans ? Est-il, d'ailleurs, possible d'établir une distinction bien nette entre l'exercice de la profession de dentiste réduite à l'extraction et à la pose des dents, et l'exercice de cette branche de la médecine ou de la chirurgie qui consiste à traiter les maladies de la bouche ? Est-ce que les extractions de dents ne se rattachent pas nécessairement aux maladies de la bouche dont elles ne sont qu'une conséquence ? Est-ce qu'avant d'extraire il n'est pas indispensable de juger si l'extraction est nécessaire, c'est-à-dire s'il existe ou non

1. V. p. 169.

une maladie de la bouche ? Et l'extraction elle-même, ne devra-t-elle pas être dirigée différemment, suivant la conformation, l'aptitude et le tempérament des sujets ? »

Ces raisons ne parvinrent pas à convaincre la Cour de cassation.

Se fondant sur ce que la loi de ventôse an XI n'avait pas reproduit la disposition de l'article 126 de l'Édit de 1768 et sur ce qu'elle ne concernait que les personnes qui voulaient exercer l'art de guérir tout entier, elle estima que quiconque se bornait à exercer la profession de dentiste n'était pas classé parmi les personnes qui s'occupent de l'art de guérir, et par là même n'était pas soumis à l'obligation de se munir d'un diplôme, du moment qu'il ne se livrait pas en même temps au traitement des maladies de la bouche.

Et l'annotateur de Dalloz, sous un arrêt de Cassation du 15 mai 1846, s'exprimait ainsi : « Dans l'état actuel de la législation, pour le dentiste qui veut se renfermer dans l'exercice de sa profession, nul diplôme n'est nécessaire ; et il est probable, cela est même à désirer, qu'on n'exigera jamais pour l'exercice de l'art dentaire qu'un diplôme spécial, pour l'obtention duquel il faudra faire preuve bien plutôt de dextérité et d'intelligence dans l'emploi ou l'invention des instruments d'avulsion, que de connaissances physiologiques et même chirurgicales. »

La lutte fut presque épique de 1833 à 1846.

Les cours et tribunaux résistaient à la Cour suprême, et celle-ci n'entendait pas baisser pavillon.

Après avoir à nouveau affirmé son opinion en 1833, elle la confirme, une fois de plus, le 15 mai 1846, et, de guerre lasse, la Cour d'Amiens, par arrêt du 26 juin 1846, se rallie à sa théorie.

Et le combat finit faute de combattants,

car, depuis lors, la question ne s'est plus posée devant la justice.

*
* *

A défaut de juges, nous allons nous trouver désormais en présence du législateur.

La *Faculté de médecine* se mit la première en campagne et, dès 1847, elle essayait de faire réglementer la profession de dentiste, en même temps qu'elle proposait une nouvelle loi sur la médecine, pour remplacer celle de ventôse. La Chambre des pairs sembla même goûter cet essai, puisqu'il aboutit au vote d'un projet, que la Révolution de 1848 empêcha seule d'aboutir.

Ah ! Mesdames et Messieurs, vous ne connaissez pas le sommeil poudreux des cartons législatifs ! Ce n'est qu'en 1880 qu'un nouveau projet, dû à l'initiative du Gouvernement, faisait son apparition dans le monde parlementaire, bientôt suivi, en 1883, d'une proposition de

loi due à l'initiative individuelle. Les deux projets furent joints ; mais, chose étrange ! dans le Rapport auquel ils donnèrent lieu, il n'apparaissait plus aucune disposition s'appliquant directement aux dentistes !

C'est qu'alors avait surgi l'opposition de l'*Ecole dentaire* de Paris, et ses objections avaient apparemment produit effet. En effet, après avoir vaillamment, mais sans succès, défendu le principe de liberté de l'exercice professionnel, elle comprit qu'il faudrait subir une loi de réglementation et elle réclama alors le bénéfice d'une loi spéciale, comme l'est le *Dentist's act* en *Angleterre*. Et lorsqu'en 1889, un projet intégral fut repris, elle demanda pour les élèves qu'elle instruisait un titre spécial, celui de *chirurgien-dentiste*. Voilà comment est née la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

C'est elle qui fera l'objet principal de notre Cours.

*
* *

Ainsi, les principaux instigateurs du régime nouveau ont été les dentistes eux-mêmes !

Ils se sont dit qu'il n'était meilleure besogne que celle qu'on faisait en personne et ils se sont mis bravement à l'œuvre.

Dès 1879 se dessinait de leur part un mouvement parallèle.

D'un côté, voici qu'apparaît une *Chambre syndicale de l'art dentaire*, formée d'un groupement de dentistes parisiens, qui cherchent à obtenir des pouvoirs publics le vote d'une loi réglementaire, et qui vont devenir, quatre ans après, l'*Institut odontechnique*, d'où sortira, à l'abri de la loi de 1875 sur l'enseignement supérieur libre, l'*Ecole de la rue de l'Abbaye*.

D'un autre côté, un nouveau groupement, de tendances un peu plus novatrices — puisqu'il se proposait de combattre l'ingérence de l'État dans l'exercice de la profession (que réclamaient dans leur intérêt propre certains médecins-dentistes) et de réformer l'art dentaire en France par la seule vertu de l'initiative privée — se constituait sous le nom de *Cercle des dentistes de Paris* et, devenu l'*Association générale des dentistes de France*, fondait à son tour, en 1880, la première École dentaire française, aujourd'hui l'*École de la rue de La Tour-d'Auvergne*.

Organisée actuellement, vous le savez, en société civile, l'École dentaire, qui se compose d'une école professionnelle destinée aux étudiants dentistes et d'une clinique dentaire gratuite pour les indigents (car la charité ne perd jamais ses droits), l'École a été reconnue d'utilité publique en 1892 et délivre un certificat spécial d'études, dont on ne saurait contester l'importance, si l'on en juge par les résultats obtenus.

Voilà ce que les efforts individuels, devançant l'œuvre législative

de 1892 et lui traçant la voie à suivre, ont pu faire par eux-mêmes et par eux seuls — en s'inspirant en partie, cependant, de ce qui déjà se pratiquait à l'étranger.

Ainsi, un enseignement médical, technique et scientifique à la fois, c'est ce qu'ont essayé de vous donner — et ils me semblent avoir réussi — les fondateurs de l'*École de Paris*.

Dès 1888 ils adjoignaient aux Cours déjà existants un *Cours de jurisprudence et de déontologie professionnelles*, destiné à suivre la loi nouvelle dans toutes ses évolutions jurisprudentielles, et en 1896 et 1898 ils faisaient admettre les élèves de l'*École dentaire* aux Cours de dissection de l'*Amphithéâtre d'anatomie* et obtenaient de l'*Assistance publique* qu'un stage clinique fût autorisé pour eux dans nos hôpitaux.

*
* *

Cette réglementation sévère de l'art dentaire, désormais fixée dans un texte de loi, fait de votre profession, Mesdames et Messieurs, une profession qui peut maintenant tenir dignement son rang dans le monde.

Et aux esprits timorés qui, s'insurgeant contre les nécessités du progrès, seraient tentés de crier au monopole, vous répondrez que le diplôme que la loi vous impose, puisqu'il est accessible à tous, aux femmes comme aux hommes, aux étrangers comme aux Français, ne constitue pas un privilège, mais qu'il est simplement pour le public, qui a droit, en somme, d'être exigeant, une garantie de votre savoir et de votre capacité.

Et c'est pour que cette réponse, que vous pouvez, grâce à la loi de 1892, faire désormais, paraisse décisive, que je vous demande, en ce qui me concerne, de suivre le *Cours de Droit médical* avec le zèle qu'on doit toujours apporter aux choses sérieuses de la vie.

DISCOURS DE M. PILLETTE EN 1881

Nous reproduisons ci-dessous un extrait du discours de M. Pillette, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, à la 2e séance de réouverture de l'Ecole, en novembre 1881. Ce discours, auquel fait allusion M. Worms dans sa Conférence d'ouverture du Cours de droit, est d'une saisissante actualité, quoique datant d'une vingtaine d'années et composé dans des temps professionnels difficiles. On peut toujours le considérer comme le *credo* du chirurgien-dentiste français.

« Les préoccupations actuelles, qu'il ne nous est pas permis d'ignorer, naissent d'un projet de réglementation de l'Art dentaire en France qui s'est fait jour tout récemment. Qu'on nous permette d'exprimer ici notre opinion sur ce sujet.

Nous dirons d'abord qu'il ne satisfait personne, ni les promoteurs du mouvement qui a amené la présentation du projet, ni les intéressés qui y sont visés. — Ceux à l'instigation desquels il a été élaboré le trouvent insuffisant, et cela se conçoit. Pour plusieurs la réglementation n'était qu'un prétexte : au fond, c'est la protection qui était désirée. Est-ce autre chose, entre nous, que l'obligation du doctorat réclamée par quelques-uns ? — Nous désirons, en parlant ainsi, qu'il soit établi que nous ne faisons ni insinuations ni personnalités. Nous respectons les opinions contraires et sommes d'avis que, même mauvaises, elles peuvent avoir la bonne foi pour excuse. Mais alors nous devons les combattre énergiquement, en raison des dangers que feraient courir les adhésions qu'elles pourraient rencontrer.

Disons-le haut : il ne s'agit pas pour le dentiste d'aujourd'hui d'acquérir un titre, quelque honorable et enviable qu'il soit en lui-même, si ce titre n'accroît en rien sa valeur de praticien. Cela servirait peut-être à faire illusion au public, juge incompétent, mais ne rehausserait en rien, au point de vue particulier qui nous occupe, au point de vue professionnel, l'homme qui en serait décoré. Ce ne serait qu'un trompe-l'œil ; ce n'est pas ainsi que nous comprenons le relèvement de l'Art dentaire français.

Ce qui nous est indispensable à présent, pour lutter à armes égales contre de redoutables concurrents, qui en sont déjà arrivés à menacer sérieusement notre vitalité, et que l'incontestable mérite de quelques-uns a placés au premier rang, c'est une instruction spéciale et véritablement appropriée aux exigences nouvelles résultant de l'élargissement de notre cercle d'action.

En face des résultats notoirement excellents obtenus par l'enseignement des écoles professionnelles spéciales à l'étranger, persister à réclamer un diplôme qui ne prouve rien que des études, pour la majeure partie absolument en dehors de celles qu'il est indispensable au dentiste de connaître, est d'un aveuglement inconcevable.

Pendant le temps que se formeront les pseudo-dentistes dont on nous menace, le flot toujours montant des praticiens étrangers, dont la valeur se doublera de l'incompétence pratique de ceux qui leur se-

ront opposés, en arrivera à nous submerger entièrement. A moins, comme il m'a été sérieusement proposé par un de mes collègues de la Chambre syndicale, que la pratique de l'Art dentaire en France ne soit légalement interdite aux étrangers. Il ne manquerait plus que cet aveu d'impuissance ! Mais que dira le public condamné aux travaux des docteurs patentés et... garantis ? Heureusement pour notre honneur, cela est irréalisable et c'est non moins inutile.

Nos aptitudes ne sont en rien inférieures à celles de nos compétiteurs ; la preuve en est dans les individualités éminentes que nous sommes heureux de compter parmi nous.

Notre faiblesse vient seulement du petit nombre de celles-là et de la difficulté, ou pour mieux dire, de l'impossibilité où la plus grande partie était de trouver l'enseignement et la divulgation nécessaires.

C'est là seulement qu'est le salut !

Quant à la supposition qui a été faite de scinder en deux parts la profession dentaire et d'admettre, d'un côté, des médecins odontologistes, de l'autre, des mécaniciens dentistes confectionnant pour les premiers les appareils prothétiques dont ils auraient besoin, c'est faire preuve de peu de connaissances de nos besoins professionnels que de la soutenir.

Je ne puis que répéter à ce propos ce que j'ai dit l'année dernière, alors qu'aucun projet gouvernemental n'était soupçonné :

« On ne doit pas tarir les sources d'où sortiront toujours, quoi » qu'on en dise, les meilleurs opérateurs. — C'est au laboratoire que » s'acquièrent ces qualités de mains, dont l'opérateur aura à faire » bénéficier plus tard son client dans son cabinet. — Et cela non seu- » lement pour la manipulation et les ajustements nécessités par la pro- » thèse, mais aussi dans la pratique des opérations dentaires propre- » ment dites.

» C'est là que, pendant de longues années, l'habileté des doigts de- » vient l'étude principale et la préoccupation dominante. — Le jour » où triompherait la prétention, qui a été émise, de confiner le méca- » nicien dentiste dans son laboratoire et de lui interdire la perspective » de pouvoir devenir dentiste opérateur, de le réduire à la condition » de simple auxiliaire, ce jour-là sera néfaste pour l'Art dentaire.

» L'opérateur ne trouvera plus d'aides de quelque valeur pour l'as- » sister dans l'exécution des appareils dont il aura besoin, et que le » temps qu'il doit passer au cabinet lui empêchera toujours de cons- » truire entièrement lui-même.

» Et où prendra-t-il, d'ailleurs, cette capacité d'exécution, qui ne » lui est pas moins indispensable qu'à son aide ?

» Il ne faut pas croire qu'il suffise d'avoir sous ses ordres un » excellent mécanicien-dentiste, pour pouvoir se dispenser d'être » soi-même mécanicien habile. Si vous n'êtes pas capable d'exécuter » vous-même les appareils qui vous sont nécessaires, jamais vous ne » serez ni bien ni suffisamment secondé. Il faut que vous ayez exé- » cuté et que vous en sachiez sur cela autant et plus que ceux que » vous aurez à diriger, si vous voulez que vos travaux soient, non seu- » lement faits d'une façon matérielle, mais aussi soient compris, c'est-

» à-dire, exécutés avec intelligence, ce qui est autrement délicat. »

C'est l'année dernière, à l'ouverture du Cours de prothèse dont j'étais chargé, que j'exprimais cette opinion. Je n'ai aujourd'hui rien à ajouter ni à retrancher à ce que je disais alors.

Je reviens à la question qui nous occupe.

Vous comprenez, Messieurs, que ceux qui émettent l'idée que nous examinons actuellement ne sont pas sans s'appuyer sur certains arguments.

Mais nous devons ajouter que, si ces arguments peuvent faire illusion à des personnes tenues à l'écart de nos travaux et qui ignorent où commence et où finit l'Art dentaire, ils sont peu concluants pour des esprits compétents.

Ces arguments, les voici en substance :

On reproche au dentiste non docteur d'exécuter toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, le voisinage et ses dépendances; d'employer dans la thérapeutique, tous les médicaments, caustiques, poisons, que nous jugeons convenables, enfin, de pratiquer l'anesthésie générale, et l'on dit : « Aussi, que d'accidents, que de complications à mettre sur le compte de cette pratique ignorante! »

Quelque injustes et mal fondées que soient ces attaques, nous y répondrons.

Tout d'abord nous rappellerons que nous répudions absolument toute solidarité avec les ignorants ou les charlatans qui déshonorent notre profession. Nous sommes partisans de l'instruction, et la meilleure preuve, c'est que nous avons pris l'initiative de la création d'un centre d'enseignement. Cela dit, voyons la première incrimination.

Nous exécutons toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, le voisinage et ses dépendances.

Cela est avancé bien légèrement. La bouche! mais elle comprend les lèvres, les joues, la voûte palatine, la langue. Qui de nous a jamais porté l'instrument sur l'une quelconque de ces régions? Le voisinage et ses dépendances, sont-ce les amygdales, le pharynx, les fosses nasales, les glandes salivaires, qu'on a voulu désigner par ces mots? En vérité, l'allégation porte à faux : on a désiré frapper fort plutôt que cherché à frapper juste.

Le dentiste ne fait d'opérations que sur les dents. Toute son attention se limite à ces organes, et il y trouve un champ d'exploration qui peut suffire à son activité, quelle qu'elle soit. Il n'a nulle envie d'empiéter sur le domaine chirurgical proprement dit.

Non, nous n'entreprenons pas toutes les opérations qui peuvent se pratiquer dans la bouche et ses dépendances. Toutes les fois qu'il existe une altération de nature médico-chirurgicale, ou nous réclamons le concours du docteur en médecine, ou nous nous empressons de lui envoyer le malade.

En second lieu, on nous dit « que nous employons tous les médicaments, caustiques, poisons, que nous jugeons convenables. » Cela est vrai. Nous employons ces médicaments, mais exclusivement comme topiques, et à dose minima.

La santé publique n'a jamais eu à souffrir de nos prescriptions.

D'ailleurs, la thérapeutique est enseignée à l'Ecole dentaire : nos élèves savent comment et à quelle dose doivent s'employer les médicaments dont ils font usage.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ce second argument.

Enfin, dit-on, nous « pratiquons l'anesthésie générale. » Ceci est plus sérieux. En effet, et bien que, sur des centaines de milliers d'anesthésies faites pour nos besoins, il ne se soit rencontré que deux cas d'accidents mortels (nous ne parlons bien entendu que des anesthésies obtenues à l'aide du protoxyde d'azote, qui est devenu l'agent à peu près seul employé par les dentistes !), c'est encore trop pour ne pas autoriser toutes les craintes et justifier toutes les précautions en cette matière.

Aussi la question ne nous a pas laissés indifférents et nous avons, dès le premier jour, institué un cours spécial d'anesthésie, fait avec une grande autorité par M. le Dr Aubeau.

Disons, enfin, que de plus en plus le dentiste tend à se dégager de la responsabilité qui lui incombe de ce chef et qu'il se fait à présent presque toujours seconder par un spécialiste. — Nous souhaitons que cette pratique fasse mieux que se généraliser, qu'elle devienne une règle absolue.

Du reste, nous croyons savoir que nous n'attendrons pas longtemps la création d'un Institut anesthésique, semblable à celui qui fonctionne si parfaitement à Londres, depuis des années, sous la direction de M. Coleman.

En somme, si nous examinons d'où partent les récriminations, nous constatons que ce n'est ni du côté des malades, qui viennent à nous sans appréhension, ni de celui des médecins, qui nous les adressent avec confiance ; cela nous porterait un peu à les croire intéressés.

J'ai cru utile, Messieurs, de relever, chemin faisant, les objurgations que les docteurs, qui ont embrassé la carrière du dentiste, adressent à ceux qui sont dentistes sans posséder le diplôme doctoral. Constatons une fois encore, en terminant, que le projet de loi formulé à leur instigation ne les satisfait pas et revenons à notre sujet.

Il ne satisfait pas davantage les intéressés, c'est-à-dire les vrais dentistes, ceux qui ont adopté l'Art dentaire dès leurs débuts et ne l'ont pas accepté comme pis-aller.

C'est que le projet, tel qu'il nous a été révélé, serait, en effet, la mort de notre art, presque aussi sûrement que la mise à exécution des prétentions que nous signalions tout à l'heure.

C'est que l'Art dentaire, qui aurait pu être une simple branche de l'art médical au même titre que l'oculistique, la laryngologie, etc., si l'enseignement l'avait épousé au début comme il a épousé les autres branches des sciences médicales et s'il l'avait fait marcher de front avec lui, s'est complètement individualisé aujourd'hui. L'Art dentaire forme un tout qu'on ne saurait diviser sans le détruire. Il a sa technique spéciale, ses procédés propres, des règles et une méthode qui sont à lui.

Jusqu'à ces derniers temps cependant, un point était resté en souffrance : le côté scientifique. Nous avons paré à cette lacune en organisant cette école.

Nous ne discutons pas à l'État le droit de surveiller toute branche professionnelle intéressant la santé publique, mais il est de son devoir de se renseigner auprès des représentants autorisés de celles de ces branches sur lesquelles il se dispose à légiférer. Nous croyons qu'il ne faillira pas à ce devoir.

Indépendamment d'intérêts respectables qui pourraient être compromis par des décisions prises après des investigations insuffisantes, il se pourrait qu'il allât, sur la foi de renseignements trop intéressés pour être équitables, à l'encontre du but qu'il se propose. Il se pourrait qu'au lieu de venir en aide à un art qui a brillé chez nous longtemps d'un vif éclat, il ne réussît qu'à le détruire complètement au profit de quelques individualités.

Nous n'hésitons pas à affirmer que le seul moyen pratique de progrès est celui-ci : favoriser le développement des écoles professionnelles.

Le projet en question viole, en outre, le principe de non-rétroactivité de la loi ; il sacrifie des intérêts légitimes. Quant au mode d'enseignement qu'il préconise, il est absolument impraticable ou ne produira que des non-valeurs. Il suffit d'être tant soit peu versé dans les questions d'ordre purement dentaire pour en être convaincu. Mais aussi, pourquoi charger de réglementer une profession des personnages assurément honorables, animés des meilleures intentions et dignes de tout notre respect, mais qui ne peuvent connaître nos véritables besoins ou ne sont renseignés sur eux que par des voix qui ne sauraient prétendre représenter qu'elles-mêmes ?

Que l'État exerce un contrôle ; rien de mieux, c'est son droit. Et ce contrôle, il est des plus faciles à instituer.

Qu'au sortir des écoles professionnelles, où tous les enseignements spéciaux auront eu lieu, l'État, ou la Faculté qui le représentera, fasse passer un examen définitif sur les matières de sa compétence et devant un jury composé moitié de professeurs de la Faculté, moitié de dentistes, la difficulté se trouvera aplanie. Qu'il nomme, au besoin des inspecteurs chargés de surveiller les dites écoles, nous n'y contredirons pas. Mais ces moyens me semblent les seuls pratiques.

Je termine, Messieurs, par une affirmation de foi dans l'avenir de notre institution. Une chaire d'Odontologie à l'École de Médecine ne ferait rien, absolument rien, pour les progrès de l'Art dentaire.

La création d'une école odontologique nécessiterait des dépenses considérables, que l'État sera peu disposé à supporter, puisqu'il a beaucoup de peine à soutenir les institutions existantes et qu'il ne peut ouvrir les laboratoires et fonder les bibliothèques, dont le besoin se fait le plus impérieusement sentir.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TELEPHONE 214.53.
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TELEPHONE 214.47. 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. — A. Mellottée, successeur, imprimeur de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.**
Tube anesthésique. — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, *Chlorure d'éthyle pur.*
Société chimique des Usines du Rhône. { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1900.

Présidence de M. Lemerle, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

L'adoption du procès-verbal est ajournée jusqu'après sa publication.

MM. Godon et Sauvez s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Choquet. — M. le Dr Spyer, de Mexico, un de nos nouveaux membres, réclamait tout à l'heure une carte constatant qu'il fait partie de la Société et établissant en quelque sorte son identité. Or, nous n'avons point de carte de ce genre et j'estime qu'elle serait nécessaire; je demande qu'il soit créé une carte de cette espèce.

M. Lemerle. — Les membres de la Société voient-ils inconvénient à cela ?

M. Viau. — Je pense que c'est une création qu'on aurait dû faire depuis longtemps.

M. Amoëdo. — C'est un diplôme ?

M. Lemerle. — Non, une simple carte, renouvelable tous les ans par exemple.

La proposition, mise aux voix, est adoptée. Le bureau sortant est chargé de s'entendre avec le nouveau bureau pour l'établissement et la délivrance de cette carte.

I. — Dons a la bibliothèque.

M. Lemerle. — M. Godon fait don à la bibliothèque de deux exemplaires d'un volume complétant la série des manuels du chirurgien-dentiste publiés sous sa direction ; cet ouvrage est intitulé : Notions générales de pathologie, par M. le Dr Marie.

M. le Dr Pont fait également don d'une thèse dont il est l'auteur et qui a pour titre : De la cataphorèse en art dentaire.

La Société remercie les donateurs.

II. — Extraction compliquée par une tumeur du périoste, par M. le Dr Roy.

M. le Dr Roy donne lecture d'une note sur ce sujet. *(Sera publié ultérieurement.)*

Discussion.

M. Richard-Chauvin. — Comment la séparation a-t-elle été faite ?

M. le Dr Roy. — Avec des ciseaux. Le trousseau fibreux qui réunissait étroitement les deux dents pouvait avoir 2 mm. de long et 3 à 4 de hauteur. La résistance était inouïe : j'ai d'abord essayé tout seul de séparer les deux dents en tirant sur elles de toutes mes forces, sans y réussir ; j'ai essayé ensuite avec l'aide de mon patient et il a été impossible de les désunir.

M. Viau. — Ce cas est extrêmement intéressant. Cependant on reste surpris que l'effort ait pu enlever la deuxième dent.

M. Roy. — L'extraction de la seconde dent a pu être favorisée par ce fait que l''abcès s'était fait principalement autour de la racine postérieure et venait s'ouvrir au collet presque entre les deux molaires.

M. Viau. — La dent saine voisine était peut-être alors dans un état de mobilité relative.

M. Audy. — Quel âge avait le patient ?

M. Roy. — 26 ans ; il a les dents grandes de couronne et par conséquent à résistance modérée au point de vue de l'extraction, ce qui avait augmenté ma surprise de la grande résistance éprouvée au moment de l'opération.

Il y a certainement, comme je vous l'ai signalé, une relation de cause à effet entre la carie de cette dent et la tumeur du périoste.

M. Richard-Chauvin. — Quand M. Roy a réimplanté la seconde molaire, n'a-t-il rien remarqué pouvant expliquer ce cas bizarre ? Les canaux de cette dent n'étaient-ils pas en mauvais état ?

M. Roy. — En les perforant je n'ai rien trouvé de particulier. Cette petite tumeur fibreuse s'est vraisemblablement développée, à la faveur de l'inflammation, sur le périoste de la racine postérieure de la première molaire, la paroi alvéolaire s'est nécrosée en partie et, par là, la tumeur, en se développant, est venue se greffer sur le périoste de la racine antérieure de la seconde molaire, où elle a contracté les solides adhérences qui ont amené la complication dont je vous ai entretenu.

M. Siffre. — J'ai constaté un fait analogue sur des dents de lait. Un jour on me conduisit un petit enfant, ayant deux molaires de lait cariées, les deux cariées étant contiguës ; j'enlevai l'une de ces dents et l'autre vint en même temps ; au niveau du collet il y avait une adhérence parfaite par l'intermédiaire d'une membrane. Cela se produit généralement quand les caries sont au-dessous de la muqueuse.

M. Roy. — Le cas de M. Siffre paraît en effet se rapprocher du mien.

III. — Greffe et vitalité persistante d'une pulpe dentaire, par M. le Dr Roy.

M. le Dr Roy donne lecture d'une note sur ce sujet. (V. *Travaux originaux*, p. 157).

Discussion.

M. Gross. — J'ai dû enlever les filets radiculaires à un malade auquel j'ai soigné une dizaine de racines qui présentaient toutes une vitalité persistante de leur radicule.

M. Roy. — Il s'agissait dans votre cas d'une pulpite chronique. Il y a quelques années, j'ai trouvé chez une malade une grosse molaire supérieure fortement cariée dont la couronne était totalement détruite qui, à mon grand étonnement, avait une pulpe vivante ; mais le cas dont je viens de vous entretenir est absolument différent.

M. Viau. — Vous avez fait une incision circulaire avec le bistouri ?

M. Roy. — Je ne m'expliquais pas qu'ayant desserti ma gencive elle ne vînt pas.

M. Viau. — Pourquoi n'admettez-vous pas que la partie excisée soit de la pulpe hypertrophiée ?

M. Roy. — Il n'y avait pas de doutes à avoir à cet égard ; c'était bien de la gencive avec tous les caractères objectifs de ce tissu. La confusion aurait été possible s'il s'était agi de gencive enflammée, mais c'était de la gencive très saine.

IV. — Présentation d'un stérilisateur pour instruments dentaires, par M. Audy.

M. Audy donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *Travaux originaux*, p. 149).

Discussion.

M. Choquet. — Il faut féliciter M. Audy de son appareil, qui est le plus simple et le plus pratique qu'on nous ait jamais présenté ; de plus, ses solutions offrent l'avantage d'empêcher la rouille ; enfin cet appareil ne tient pas de place. Nous pouvons donc en tirer un grand avantage.

M. Lemerle. — Cet appareil est en effet très pratique.

M. Siffre. — Il faudrait modifier le couvercle en y ajoutant une anse.

M. Audy. — Ce serait alors moins portatif.

M. Gross. — Vous pourriez mettre un anneau pliant.

M. Lemerle. — Des expériences ont été faites avec des liquides.

M. Choquet. — M. de Marion nous a fait une présentation sur les liquides.

V. — Rapport du Secrétaire général, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture de ce document.

Messieurs,

Le vote de mes confrères m'ayant, il y a un an, investi des fonctions de secrétaire général de la Société d'Odontologie, permettez-moi, ce soir, avant de résigner mes fonctions, de vous rendre compte de mon mandat.

Malgré toute la bonne volonté du dévoué secrétaire-rédacteur des séances que vous connaissez tous, M. Mandon, il lui est autant dire impossible de prendre *in extenso* les discussions qui ont lieu au cours de nos réunions. Le travail de mise au point, de réfection pour ainsi dire, incombe à votre secrétaire général, qui est en quelque sorte obligé de refaire les procès verbaux, ajoutant une phrase par ci, un mot par là. Malgré tout, il ne peut pas toujours arriver à la perfection dans la rédaction des comptes rendus. Il ne faut donc pas lui en vouloir si dans quelques cas il ne vous a pas fait dire entièrement ce que vous aviez dit ou ce que vous aviez l'intention de dire au cours des discussions : il a fait de son mieux.

Notre Société, Messieurs, malgré trois mois de vacances nécessaires, a admis un nombre considérable de travaux originaux, comme vous pourrez en juger tout à l'heure, considérables non seulement au point de vue du nombre, mais encore et surtout au point de vue de la qualité. Quelle différence entre les comptes-rendus des séances actuelles et ceux des séances tout à fait primitives de notre Société ! On peut dire que toutes les branches de la science sont non seulement effleurées, mais encore travaillées à fond sur un petit point : anatomie, physiologie, anesthésie, pathologie, bactériologie, antisepsie, électricité, radiographie, mécanique, prothèse, etc., etc.

Non seulement les membres titulaires de la Société nous ont pour la plupart présenté de remarquables communications, mais des membres étrangers à notre Société et à notre profession ont tenu à vous apporter le résultat de leurs travaux.

Ainsi l'anesthésie, qui est pour ainsi dire indispensable aujourd'hui à toute opération dans la bouche, a fait l'objet de quelques communications très intéressantes.

Un de nos membres, *M. Bonnard*, nous a présenté les résultats obtenus au moyen de la nirvanine, nouvel anesthésique local qu'il a étudié à fond et d'une façon magistrale.

M. Ch. Jeay, dont vous connaissez tous la compétence sur ce sujet, nous a présenté deux petites communications ayant trait à l'anesthésie locale.

Enfin *M. Weber* nous a lu un travail sur l'insensibilisation dentinaire par la cataphorèse, travail très intéressant, mais réclamant peut-être un peu plus de pratique.

La pathologie nous a valu deux travaux de haute envergure de la part de notre sympathique confrère si travailleur, *M. Mendel Joseph* : l'un sur la pathogénie de la nécrose phosphorée et la théorie de Magitot, l'autre sur le phénomène de la pigmentation dentaire. Vous vous rappelez tous, Messieurs, quelle a été la durée de la discussion qui a suivi la lecture de ces deux mémoires. C'est vous dire si le sujet a été goûté et apprécié par les membres présents de la Société.

Notre confrère et ami *M. le Dr Frey*, avec sa précision et sa clarté habituelles, nous a soumis une courte, mais lumineuse et très instructive observation d'accident grave local de l'éruption d'une dent de lait.

M. Gross nous a apporté son tribut habituel en nous parlant de la mortification de la pulpe dentaire dans les maladies infectieuses, sujet très intéressant et qui nous réserve certainement des surprises pour l'avenir.

Enfin, toujours dans le domaine de la pathologie, votre secrétaire général vous a soumis un cas de nécrose du maxillaire inférieur chez une loutre, un cas d'ankylose alvéolo-dentaire encore plus typique que celui de M. Mendel Joseph, et un cas de consolidation de racines fracturées au cours de tentatives d'extraction.

La physiologie nous a valu un remarquable travail de la

part du *Dr Besson* sur l'éruption des dents temporaires, sur son mécanisme et ses accidents. Le Dr Besson, au cours de ce travail, s'est montré anatomiste aussi distingué que physiologiste érudit et il a prouvé que la théorie émise il y a quelques années par un de nos confrères M. Loup, théorie ayant entraîné tant de réfutations, est loin d'être dénuée de fondement. L'anatomie dentaire normale et comparée n'a été traitée que par votre secrétaire général qui vous a offert la primeur de deux communications : l'une sur les rapports anatomiques de l'émail et du cément chez l'homme et les principaux animaux, l'autre sur les variations des dents chez les animaux suivant le degré de ceux-ci dans l'échelle zoologique.

La découverte du Dr Rœntgen nous a procuré une communication pratique des plus instructives d'un membre étranger à notre société, le Dr *Bouchacourt*, qui, à la suite de nombreuses recherches et au moyen du dispositif qu'il a appelé le pôle à terre, évite entièrement tous les accidents qui se produisaient antérieurement.

Les fonctions si absorbantes d'administrateu-rgérant de notre journal n'ont pas empêché notre sympathique confrère *M. Papot* de nous présenter un beau travail. Il a pris comme point de départ et étudié à fond la cataphorèse et tous les avantages qu'on peut en retirer, tant au point de vue anesthésie qu'au point de vue désinfection. Comme dans tout ce qu'il fait, il a voulu se documenter et nous a relaté les plus petites observations publiées à ce sujet dans les périodiques étrangers. Il a ainsi comblé un vide existant dans la littérature de notre pays et nous ne saurions trop lui en être reconnaissants.

La prothèse, elle, détient certainement le record des présentations.

C'est tout d'abord *M. Martinier* qui, dans un travail intitulé *Indications cliniques d'un cas de prothèse*, nous a prouvé que nous devons toujours faire nos efforts pour conserver les racines des dents antérieures de façon à éviter les dépressions consécutives.

Une deuxième communication du même auteur a eu trait au traitement du prognathisme et des anomalies de disposition du maxillaire supérieur.

La même question a été traitée par votre secrétaire général.

M. Harwood, de Lyon, nous a fait soumettre par M. Godon les merveilleux résultats obtenus dans le travail des couronnes de porcelaine lorsqu'on emploie le fourneau électrique pour la fusion des émaux.

Le Dr Spyer, de Mexico, nous a soumis un nouveau caoutchouc de son invention supprimant l'emploi des chambres à air. Il faut, je crois, attendre avant de se prononcer sur la valeur de ce caoutchouc.

M. Villar, de Valladolid, par l'intermédiaire de M. Martinier, nous a présenté les très beaux résultats obtenus dans la confection d'appareils de prothèse avec couronnes continues.

Enfin *M. Fresco* nous a présenté un nouveau procédé de fixation amovible des dents artificielles. Ce procédé n'est pas nouveau, attendu qu'en 1891 un confrère américain, le Dr Emory Bryant, a publié dans le *Dental Cosmos* d'avril un article décrivant tout au long le procédé que nous a présenté M. Fresco. La seule différence, c'est que le Dr Bryant préconisait ce procédé pour les dents à pivot à talon de métal.

Deux membres étrangers à notre Société, les docteurs *Haskell* et *Yant* de Chicago, au cours d'un voyage en Europe ont bien voulu nous faire une démonstration spéciale de leurs procédés, que nous avons tous été à même d'admirer.

Toujours dans le domaine de la restauration protéthique, notre confrère *le Dr Amoëdo* nous a présenté deux cas d'implantation dentaire consolidée. Nous lui souhaitons de nous les représenter dans deux ou trois ans.

La bactériologie et l'antisepsie nous ont valu deux communications : une de *M. d'Argent* sur la valeur antiseptique de l'ipsilène iodoformé en art dentaire, une autre du

secrétaire général de votre Société qui vous a présenté des espèces microbiennes de carie dentaire en culture pure et élevées pour ainsi dire depuis 1893. Cette dernière présentation vous a été faite plutôt pour prendre date, car le résultat définitif ne sera communiqué qu'au Congrès international qui aura lieu au mois d'août.

La dentisterie pratique, elle, a été représentée par *MM. Richard-Chauvin* et le *Dr Pont* et leur rapport sur les différents modes d'aurification que vous avez tous été à même d'apprécier, ensuite par *M. Meng* qui nous a fait une très intéressante communication sur les ciments.

Pour terminer la série des présentations, *M. Godon* nous a soumis différentes améliorations d'un fourneau et d'une bouilloire électriques construits par la maison Kölliker. Il nous a aussi montré une lampe électrique, dite lampe-cristal, pour l'examen des dents par transparence. Cette lampe est construite par M. Heller.

Il me reste enfin à vous faire part des dons qui ont été faits à l'Ecole cette année après présentation à la Société d'Odontologie.

C'est tout d'abord *M. Hofzumahaus*, qui, au cours d'un voyage en Allemagne, a été à même d'apprécier les avantages qu'on pouvait retirer pour l'enseignement dentaire des préparations macroscopiques du Dr Röse. Il n'a pu résister au désir de posséder non seulement la collection complète, mais encore certaines pièces qu'il a fait créer spécialement pour lui et qu'il a offertes généreusement à l'Ecole.

Enfin *M. de Marion* a fait cadeau à l'Ecole d'une superbe collection de modèles en cire obtenus d'après son procédé.

M. Michaëls, dont vous connaissez tous l'esprit ingénieux, a fait don au Musée de la collection des appareils qu'il avait construits pour le Dr Péan.

Mme Vve Delalain nous a offert deux superbes vitrines et de nombreuses photographies de restauration faciale.

Vous voyez, Messieurs, que si les donateurs sont rares,

ils se rattrapent sur la qualité des dons offerts à l'Ecole et, au nom de la Société d'Odontologie, je vous propose de leur adresser tous nos remerciements.

Je ne peux terminer ce rapport sans vous rappeler qu'en vue du Congrès international une délégation spéciale composée d'un de vos vice-présidents, le Dr Sauvez, et de votre secrétaire général, auxquels s'était joint M. Duncombe, de Lisieux, s'est rendue l'année dernière au meeting annuel de l'Association dentaire Britannique pour inviter officiellement nos confrères anglais à venir à Paris cette année. Grâce à l'appui bienveillant d'un confrère anglais que vous connaissez tous, M. Cunningham, de Cambridge notre mission a complètement réussi et nous sommes revenus en France, ayant en poche l'adhésion complète de la British Dental Association à notre Congrès et rapportant un excellent souvenir de l'accueil qui avait été réservé aux « French delegates ».

1899 aura été une année excellente pour notre Société. Espérons que 1900 sera de beaucoup meilleure, surtout si les membres actifs sont un peu plus assidus, car, Messieurs, il ne faut pas nous le dissimuler, il existe un certain ralentissement dans l'assistance à nos séances. Il ne faut pas que ce soient toujours les mêmes qui soient présents et qui soumettent des travaux. Et malheureusement, à quelques rares exceptions près, c'est ce qui se produit !

Avant de terminer complètement, permettez-moi, Messieurs, d'adresser un hommage affectueux au Président de notre Société, ainsi qu'à un des vice-présidents, mon excellent ami le Dr Sauvez, pour les bons conseils qu'ils m'ont donnés dans le poste auquel votre confiance avait bien voulu m'élever pour l'année 1899, confiance pour laquelle je vous adresse, au moment de résigner mes fonctions, mes remerciements les plus sincères.

VI. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT SORTANT, PAR M. LEMERLE.

M. Lemerle prononce l'allocution suivante.

Messieurs et chers confrères,

Votre secrétaire général a mis à l'ordre du jour : allocution du Président. C'est là, peut-être, un bien grand mot pour les quelques paroles que j'ai à vous adresser à la fin de cette session. Ces paroles, mes chers confrères, seront de sincères remerciements pour la haute sympathie que vous m'avez toujours montrée et pour la grande indulgence que vous m'avez toujours accordée pendant mes fonctions de président.

Ai-je été à la hauteur de ces fonctions ? J'en doute, mais j'ai la conscience d'avoir fait tous mes efforts pour rendre cette année de science professionnelle aussi intéressante qu'il était possible. Je dois dire aussi que ma tâche a été rendue plus facile par le concours actif de mon ami Choquet, notre secrétaire général, que je suis heureux de remercier publiquement.

Comme je vous le disais, il y a un an, en prenant possession de ce fauteuil, auquel vous m'avez fait l'honneur de m'appeler, un grand nombre de nos confrères se sont réservés pour le grand tournoi scientifique qui se prépare : j'ai nommé le Congrès international de 1900. Encore quelques mois, nous entendrons et nous verrons les choses les plus intéressantes et notre art sera, si je puis m'exprimer ainsi, mis au point. Ce sera un dédommagement et la récompense de la disette de communications que nous avons subie et que nous subirons probablement encore jusqu'au jour attendu si impatiemment.

Vons savez quels sont les hommes placés à la tête de ce Congrès, vous connaissez surtout les deux confrères chargés de son organisation ; l'un, Godon, notre sympathique Directeur-Président, sur lequel il n'y a plus rien à dire ; j'arrive pour cela trop tard et je ne veux pas répéter ce que d'autres ont dit, mieux que je ne saurais le faire : vous con-

naissez tous ses hautes capacités administratives et son activité dévorante.

Ce maître en art d'organisation a formé un élève. Cet élève, un de mes meilleurs amis, que vous connaissez, vous a dit souvent combien il était à bonne école auprès de Godon et il vous l'a montré par l'organisation magistrale qu'il a su donner au Congrès.

Ne croyez-vous pas, mes chers confrères, qu'il y aurait lieu, aujourd'hui, de manifester notre reconnaissance, en portant ce dévoué collègue, estimé de nous tous, à la Présidence de la Société d'Odontologie? Ce serait là, je crois, le complément des fonctions qu'il occupe avec tant d'autorité.

Remarquez que je ne nomme personne, car vous m'accuseriez de pression, de candidature officielle; loin de moi, cette idée, c'est une simple indication que je me permets de vous donner avant de quitter ce fauteuil.

Je termine, en exprimant le vœu d'une fusion complète entre les deux Sociétés scientifiques et puisse mon désir être entendu par nos confrères de la rive gauche. Ce n'est pas le moment de vous démontrer le grand intérêt qu'il y aurait à l'existence d'une seule et même société scientifique n'ayant qu'un seul et même but : la recherche de la vérité sur les nombreuses questions qui nous passionnent. Je jette simplement aujourd'hui, une idée parmi vous et parmi nos confrères de la Société odontechnique. Puisse-t-elle germer! Là est mon dernier vœu en vous adressant encore une fois l'expression de ma gratitude.

VII. — Renouvellement du bureau.

M. Lemerle. — Vous avez à procéder à l'élection d'un bureau comprenant 1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires des séances.

M. Richard-Chauvin déclare décliner toute candidature.

Le scrutin est ouvert ; il donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 23. Majorité absolue : 12.

Ont obtenu :

Pour la présidence.

M. le Dr Sauvez...... 18 voix

MM. Richard-Chauvin.. 4 voix

Dr Roy........ 1

Pour la vice-présidence.

MM.	Dr Roy	9 voix
	Viau	8
	Choquet	8
	Loup	5
	Dr Sauvez	3
	De Marion	3
	Richard-Chauvin	2

Pour le secrétariat général.

MM.	de Marion	14 voix
	Choquet	4
	Gross	3
	Jeay	1
	Loup	1

Pour le secrétariat des séances.

MM.	Jeay	13 voix
	Gross	11

M. Lemerle. — M. Sauvez est élu président, M. de Marion secrétaire général, M. Jeay secrétaire des séances ; il y a ballottage pour les vice-présidents et un secrétaire des séances.

Il est procédé à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 21.

Ont obtenu :

Pour la vice-présidence.

MM.	Choquet	18 voix
	Dr Roy	18
	Viau	3
	Loup	3 voix

Pour le secrétariat des séances.

M.	Gross	19 voix

M. Lemerle. — MM. Choquet et Roy sont élus vice-présidents, M. Gross est élu secrétaire.

VIII. — Présentation d'un cas d'ankylose alvéolo-dentaire, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture d'une note sur ce sujet.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas d'ankylose alvéolo-dentaire encore plus typique que celui que nous a soumis, il y a deux ans, notre confrère Mendel Joseph.

La pièce provient du Musée de l'École et avait été offerte par notre Président comme un cas rare d'exostose cémentaire.

Ayant eu à examiner de près cette pièce, j'acquis la conviction que l'on ne se trouvait pas en présence d'une hypertrophie cémentaire géante, mais qu'il y avait toutes les chances pour que ce fût tout simplement un nouveau cas d'ankylose.

Grâce à l'autorisation bienveillante de notre Président, conservateur du Musée, je pus en faire une coupe longitudinale que je vous présente ce soir et qui prouve d'une façon irréfutable que c'est bien un cas d'ankylose.

Je n'ai encore vu de pareil que le cas signalé en Angleterre par mon ami le docteur Hopewell Smith.

IX. — PRÉSENTATION D'UN MOULAGE.

M. Lemerle. — Je vous présente de la part de M. Debray fils de Saint-Germain-en-Laye, le moulage de la bouche d'un enfant de 14 ans, mais, qui par la taille, le développement et la force représente un enfant de 8 ans. Sur le maxillaire supérieur nous constatons que toutes les petites molaires temporaires existent encore ; nous y voyons aussi une petite nécrose à la partie gauche. Le maxillaire inférieur d'après les dents qui existent ferait croire à un enfant de 6 à 7 ans. L'évolution des dents ainsi que les maxillaires ont subi un arrêt complet de développement.

M. Lemerle. — Il est regrettable que M. Debray n'ait pas pris une observation complète ; nous le prions de le faire si la chose lui est possible, car le cas est intéressant.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
CHOQUET.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Methoden und Neuerungen auf dem Gebiele der Zahnheilkunde.

M. le Dr Herbst, de Brême, a réuni dans une brochure de trente pages ses *Méthodes et nouveautés dans le domaine de la dentisterie.* Cette brochure, divisée en cinq chapitres consacrés aux aurifications, à des indications pratiques pour l'opérateur, aux instruments et moyens nouveaux, aux inventions techniques nouvelles, contient des procédés et des perfectionnements qui témoignent une fois de plus de l'ingéniosité de notre savant confrère et de l'habileté de sa technique si appréciée.

Untersuchungen über Mundwässer.

M. le Dr C. Röse, de Munich, a fait sous ce titre, à la section d'Odontologie de la 71e réunion des naturalistes et médecins allemands à Munich, une communication très étudiée et fort intéressante qui a été publiée par l'*Ost-ung. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde* et qui a paru dans une brochure que l'auteur vient de nous adresser.

Ces *Recherches sur les dentifrices* sont très documentées et accompagnées de tableaux d'une grande valeur pour l'hygiéniste.

Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung.

Les parasites végétaux de la cavité buccale et le moyen de les combattre, tel est le titre d'une communication que M. le Dr Röse a faite le 20 juin dernier à la Société de morphologie et de physiologie de Munich et qui présente le plus grand intérêt à cause de son caractère éminemment scientifique. Il y a lieu de féliciter l'auteur de son étude très approfondie, que complètent des graphiques, des figures et des tableaux.

BIBLIOGRAPHIA MEDICA

On nous annonce que le 15 février dernier a paru dans les bureaux de l'Institut de Bibliographie à Paris le n° 1, pour l'année 1900, de

la *Bibliographia Medica*, publication consacrée à la *Bibliographie internationale des Sciences médicales*, sur le modèle de l'*Index Medicus* américain, dont elle continuera les traditions scientifiques si appréciées de tous les bibliographes contemporains.

Grâce aux directeurs de ce recueil, MM. C. POTAIN, membre de l'Institut, et Charles RICHET, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, de notables perfectionnements seront apportés à la rédaction et la classification sera absolument *méthodique*.

C'est là une excellente nouvelle, qui intéresse au plus haut point le monde médical et scientifique.

Le Recueil nouveau, mensuel comme l'*Index Medicus*, contiendra environ QUATRE MILLE indications bibliographiques par numéro de 80 pages, c'est-à-dire CINQUANTE MILLE par an, au minimum.

Le prix d'abonnement, malgré cela, ne sera que de CINQUANTE FRANCS pour la France et de SOIXANTE FRANCS pour l'Etranger, au lieu de 125 francs.

JOURNAL FÜR ZAHNHEILKUNDE.

Dorénavant le journal *Für Zahneilkunde*, rédigé par le Dr Erich Richter depuis 15 ans, devient bi-mensuel et change de format; il comprend maintenant 16 pages.

FUSION DE JOURNAUX.

Le journal *Skandinaviska Tandläkare-Föreningens Tidskrift*, publié à Helsingfors (Finlande) sous la direction du Dr Ayräpää, et le journal *Svenska Tandläkaresällskapels Förhandlingar*, publié à Stockholm, ont fusionné sous le nom de *Nordisk Tandläkaretidskrift*, organe de trois associations dentaires, qui paraîtra huit fois par an, soit quatre fois de plus que ses prédécesseurs. Il contiendra un résumé de ses articles en anglais et en allemand et sera dirigé par M. Algot Ruhe, 56 Sibyllegatan, Stockholm.

UN JOURNAL DENTAIRE TCHÈQUE.

Nous avons reçu les deux premiers numéros d'un journal dentaire publié à Prague en langue tchèque sous le titre *Zubnilékarstvi*.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

UN NOUVEAU JOURNAL PROFESSIONNEL.

Nous venons de recevoir le premier numéro des *Archives de stomatologie et journal de l'anesthésie, Revue mensuelle consacrée à l'étude des maladies de la bouche*, etc.

Nous souhaitons bonne chance à notre jeune confrère, qui a pour rédacteur en chef M. le Dr R. Nogué.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Je lis dans le *Progrès Médical* du 20 janvier 1900, au cours d'un rapport sur les travaux de la « Société de Médecine de Paris » pendant l'année 1899, quelques lignes qui, je crois, intéresseront les lecteurs de *L'Odontologie*, car il y est fortement question de l'Ecole dentaire de Paris et d'un de ses plus sympathiques professeurs, M. Albert Loup.

La Société de Médecine de Paris, ainsi que chacun sait, est une Société médicale importante, qui compte un nombre de membres titulaires limité par les statuts à soixante-dix, et parmi lesquels je relève les noms bien connus de MM. les Drs Budin, Antonelli, Chéron, Chevallereau, Doléris, Ladreit de Lacharrière, Motet, Polaillon, etc., etc.

Son président pour l'année 1899 était M. le Dr Jullien, l'éminent syphiligraphe, et son président actuel est M. le Dr Richelot, le chirurgien bien connu.

La Société de Médecine de Paris est une société libérale ; il lui manquait un « spécialiste » pour représenter « l'art dentaire » parmi ses membres ; M. Loup a posé sa candidature, et la Société, estimant peut-être que le diplôme de docteur en médecine n'est pas une garantie suffisante de compétence dans cette spécialité, a accepté le concours de ce « dentiste ». C'est ainsi que M. Loup a été nommé en novembre 1899 membre de la Société de Médecine de Paris après un rapport très élogieux de M. Sibut, rapporteur sur sa candidature.

Le secrétaire général M. Buret dans son compte-rendu annuel rappelle cette nomination en ces termes :

« J'arrive à une physionomie bien intéressante, celle de M. Loup, l'un de nos nouveaux membres associés résidants ; et sa modestie dût-elle en souffrir, je ne puis m'empêcher de dire ce que je pense de lui et de cette jeune Ecole dont il est l'un des plus brillants professeurs. Car, messieurs, il faut définitivement faire notre deuil — et ce n'est pas malheureux ! — de l'antique légende de l'arracheur

de dents, le banquiste qui pérorait sur les places publiques devant des auditeurs hypnotisés par sa faconde et son orchestre digne de l'Apocalypse. Ce charlatan, que nous avons presque tous vu — peut-être même bien admiré — dans notre prime jeunesse, a définitivement vécu. Grâce aux efforts réunis d'hommes de valeur, grâce aussi à une première phalange d'honnêtes praticiens, l'*Ecole Dentaire de Paris* a vu le jour. On y étudie selon les principes scientifiques, on y fait des cours, on y confère des grades.

C'est une annexe de la Faculté de médecine, bientôt elle en fera partie ; dans quelques années l'art dentaire ne sera plus qu'une des branches de la profession médicale et tous ceux qui s'adonneront à cette spécialité seront docteurs en médecine. Ce résultat sera obtenu grâce à l'enseignement qu'on distribue à l'Ecole dentaire, enseignement qui tend à s'élever de jour en jour. C'est un professeur de clinique de cette Ecole que la Société a la bonne fortune de posséder dans son sein en la personne de M. Loup. Il vous a suffi d'écouter son intéressante communication sur le traitement des dents à pulpe morte et les complications qu'elles entraînent pour comprendre que vous aviez devant vous un véritable chirurgien. Si vous vous reportez au rapport de M. Sibut, vous y verrez que M. Loup, obligé d'interrompre trop tôt ses études classiques, a dû se compléter par lui-même et vous comprendrez quelle somme de travail il a fallu produire pour atteindre le résultat actuel, c'est-à-dire la situation scientifique que M. Loup, le plus jeune des professeurs de l'Ecole dentaire, est parvenu à se créer ».

Tous ceux qui connaissent M. A. Loup s'associeront de grand cœur aux élogieuses paroles que je suis heureux de pouvoir reproduire.

Mais combien il y aurait de choses à dire sur ces quelques mots ! C'est la lutte de ces vingt dernières années qu'ils évoquent, c'est aussi la bataille à venir qu'ils signalent. Oui certes, il est vrai que « grâce aux efforts réunis d'hommes de valeur », l'Ecole dentaire de Paris a créé en France un art qui n'y existait avant elle qu'à l'état embryonnaire. Oui, il est vrai que « l'on étudie dans cette école selon les principes scientifiques et que son enseignement tend à s'élever de jour en jour ».

Mais c'est une erreur de croire « qu'elle est une annexe de la Faculté de Médecine et que bientôt elle en fera partie ; que dans quelques années l'art dentaire ne sera plus qu'une des branches de la profession médicale et que tous ceux qui s'adonneront à cette spécialité seront docteurs en médecine ».

L'Ecole dentaire *libre* de Paris est avant tout une école professionnelle où l'on cherche à former des *spécialistes* de réelle valeur, des dentistes connaissant véritablement leur art. Immuable dans sa

voie primitivement tracée, l'Ecole revendique hautement ce droit de former des *praticiens* et ne veut pas, et ne voudra jamais, se décharger de ce soin sur la Faculté.

L'art dentaire est trop différent de la médecine proprement dite, est trop spécialisé en un mot pour que des docteurs en médecine, qui ont exclusivement fait des études médicales, puissent, sans de longues études spéciales préalables, l'exercer avec une compétence professionnelle réelle et, à plus forte raison, en donner un enseignement ayant quelque valeur pratique. *L'enseignement de l'art dentaire aux dentistes qui ont seuls qualité pour donner un enseignement efficace*, voilà la devise de l'Ecole depuis vingt ans, voilà son drapeau pour l'avenir!

Aussi demanderai-je à M. Loup, qui a su si bien éclairer ses confrères de la Société de Médecine sur le rôle prépondérant qu'a joué l'Ecole Dentaire de Paris dans le relèvement de l'art dentaire en France, de continuer son œuvre, d'être auprès des membres de cette société médicale le porte-paroles de notre société dentaire. Qu'il déchire le voile tendu devant leurs yeux par la mauvaise foi et le charlatanisme moderne, qu'il leur montre les différences considérables qui séparent l'art dentaire pratique de la médecine, qu'il leur dise que nous ne sommes pas « les médecins de la bouche » comme on le répète à tort dans le but de jeter la confusion dans les esprits, mais que nous sommes exclusivement « les chirurgiens des dents », qu'il leur fasse voir enfin que les quelques raisons théoriques qu'on invoque pour subordonner l'étude de l'art dentaire à l'étude de la médecine sont fausses et n'ont aucune sanction pratique, qu'elles reposent sur un cynique jeu de mot soigneusement entretenu par diverses personnalités ayant tout intérêt à équivoquer.

G. Gross.

Dans un précédent numéro nous annoncions une conférence faite à Perpignan par un de nos distingués confrères, conférence analogue à celle que fit M. Godon, il y a quelques années, à la bibliothèque populaire du 8e arrondissement ; voici le compte-rendu de cette utile innovation que nous empruntons à l'*Indépendante des Pyrénées-Orientales.*

E. P.

ASSOCIATION POLYTECHNIQUE DES PYRÉNÉES-ORIENTALES

L'HYGIÈNE DE LA BOUCHE

Conférence de M. Raphaël VIDAL.

Un public nombreux se pressait hier à la salle Arago pour entendre un nouveau conférencier, M. Raphaël Vidal, chirurgien-dentiste.

L'hygiène de la bouche contribue à la santé générale du corps qui est, dit M. R. Vidal, le corollaire nécessaire de la santé intellectuelle.

M. Vidal montre l'influence de l'hygiène dentaire sur la digestion, sur le fonctionnement de l'estomac, et il entre alors dans de très intéressantes considérations médicales, il fait de charmantes digressions galantes sur les belles bouches garnies de jolies dents.

Mais voici qui ne nous rassure pas : « Il est reconnu depuis les si importantes découvertes de Pasteur que la bouche est la porte d'entrée d'un nombre infini de microbes, non seulement de ceux qui sont les auteurs de la carie des dents, mais encore des microbes de la fièvre typhoïde,de la pneumonie, de la diphtérie et de tant d'autres, créateurs ou propagateurs de nos plus cruelles et de nos plus dangereuses maladies... »

Brr ! Les maudits petits microbes !

Après avoir expliqué la nécessité de l'art dentaire, le conférencier en fait un historique détaillé. Il constate ensuite le crédit que pendant longtemps obtint le charlatanisme des places publiques et des foires, grâce à l'ignorance et à la superstition. Il s'adresse aux mères de famille pour leur recommander de donner les meilleurs soins à la dentition de leurs enfants, en observant les principes essentiels de la propreté ; la toilette buccale, en effet, a sa grande importance et il est nécessaire d'y consacrer les soins les plus minutieux. « Mieux vaut prévenir les maladies qu'avoir à les guérir ».

M. Vidal termine en remerciant l'*Association polytechnique* de la bienveillante hospitalité qu'elle lui a offerte.

M. Henrion, délégué général, remercie le conférencier de la causerie charmante et utile qu'il vient de faire et qui a été accueillie par de frénétiques applaudissements.



CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Je me joins à tous les protestataires contre la « Dentine Klein » non pour combattre ce médicament en particulier, que je n'ai jamais introduit dans ma thérapeutique, mais pour m'élever contre tous les remèdes secrets en général qui font ou feront — si la plupart de nos confrères n'y opposent une barrière — retomber l'art dentaire dans une sorte d'empirisme d'où nos vaillants et courageux devanciers l'ont fait sortir au prix de si grands efforts.

De nos jours il est absolument inadmissible qu'un chirurgien-dentiste sérieux, avec les connaissances qu'il a acquises sur les bancs des écoles dentaires françaises, se laisse aller à employer des remèdes ou préparations dont il ne connaît pas la composition et par conséquent l'action.

De même que le corps médical repousse l'emploi de remèdes secrets, nous devons tous nous élever contre l'emploi de préparations plus ou moins hétéroclites qui n'ont, il est vrai, qu'un succès relatif et tombent d'elles-mêmes, mais qui néanmoins peuvent influer sur l'esprit de beaucoup par leur apparente facilité d'application et les soi-disants résultats obtenus.

Notre thérapeutique est envahie chaque jour par une foule de produits aux pronostics plus ou moins alléchants et tendant à réduire petit à petit notre pharmacie à un seul flacon : celui de l'époque du *petit coton* ou à peu près.

Les préparations existantes dont la composition nous est connue peuvent être employées ; mais tous les produits secrets, quoique destinés à la thérapeutique dentaire, ne devraient jamais franchir le seuil de nos cabinets, qui doivent devenir de plus en plus scientifiques et ne pas être le centre d'application d'une certaine panacée que d'aucuns baptiseront d'universelle dans un but de lucre.

Recevez, etc.

J. VICHOT,
Professeur à l'Ecole dentaire de Lyon.



NÉCROLOGIE

D. SABLAYROLLES.

Nous venons d'apprendre avec une profonde tristesse le décès à l'âge de 34 ans de M. Dominique Sablayrolles, un de nos anciens bons élèves, D. E. D. P. et chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris. Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille et à notre ami J. Coignard, oncle de notre regretté confrère.

Mme COUPARD.

Le Dr Aguilhon de Sarran, membre de l'Association générale des dentistes de France, a été cruellement éprouvé par la mort de sa fille, Mme Louis Coupard, décédée à l'âge de 22 ans.

Nous adressons à M. le Dr Aguilhon de Sarran et à toute sa famille l'expression de nos bien sincères regrets.

PIERRE MONNET.

Notre ami le docteur Monnet, professeur de thérapeutique à l'École Dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, âgé de 7 ans. Nous lui exprimons nos vifs sentiments de condoléance et de sympathie.

MADAME CROUZET.

Nous apprenons le décès de Mme Crouzet, femme de notre confrère M. Fernand Crouzet, de Valence, à l'âge de 46 ans.

Nos compliments de condoléance à notre confrère.



Nouveau directeur de l'École Odontotechnique.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination de notre confrère M. le Dr Queudot au poste de directeur de l'École Odontotechnique, en remplacement de M. Damain, décédé.

Toutes nos félicitations à M. le Dr Queudot.

Distinctions honorifiques.

C'est avec la plus grande satisfaction que l'Administration de l'École dentaire de Paris enregistre les récompenses suivantes accordées à plusieurs de ses membres par M. le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes :

Officiers de l'Instruction publique.

MM. le Dr Aubeau, professeur honoraire.
Poinsot, directeur honoraire.
Richard-Chauvin, professeur, président de la Société d'Odontologie de Paris.
Meng, ancien chef de clinique, membre du Conseil de direction.

Officiers d'Académie.

MM. Papot, professeur, administrateur gérant de *L'Odontologie*.
Dr Sauvez, professeur, secrétaire général.
Liskenne, démonstrateur.

Indépendamment de ces nominations, le *Journal officiel* mentionne également au nombre des *Officiers d'Académie* :

MM. Beltrami, à Marseille,
Blitz, à Boulogne-sur-Seine,
Diviani, à Paris,
Fouyer, à Paris,
Gravollet-Leblan, à Vincennes,
Sintes, à Alger.

Nous adressons nos sincères félicitations aux nouveaux promus.

La Rédaction.

Les dents des recrues anglaises.

En 1898 sur 66.501 recrues examinées, 1.767 ont été refusées à cause de leur mauvaise dentition.

Les médecins élus sénateurs le 28 janvier 1900.

Les élections pour le renouvellement partiel du Sénat comprenaient 99 sièges. Parmi les nouveaux élus, nous croyons intéressant de signaler ceux qui appartiennent au Corps médical.

Ce sont MM. les Drs Bataille (Puy-de-Dôme), Béraud (Vaucluse), Bontemps (Haute-Saône), Boularan (Tarn) ; Collinot (Yonne) ; Contancin (Vienne) ; Francoz (Haute-Savoie) ; Guillemaut (Saône-et-Loire), Guyot (Rhône); Léon Labbé (Orne) ; Legludic (Sarthe) ; Lordereau (Yonne) ; F. Martin (Saône-et-Loire) ; Parisot (Vosges); Pédebidou (Hautes-Pyrénées) ; Petitjean (Nièvre) ; Piettre (Seine) ; Quintaa (Basses-Pyrénées) ; Rolland (Tarn-et-Garonne) ; Sigallas (Var) ; Vagnat (Hautes-Alpes).

Conseil de surveillance de l'assistance publique.

Sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'assistance publique :

MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecin de Paris, membre sortant ;

Worms, représentant des administrations des bureaux de bienfaisance, membre sortant.

Un vœu du Conseil municipal de Paris.

A la suite du rapport de M. André Lefèvre, le Conseil municipal de Paris a voté la proposition suivante :

« Le Conseil émet le vœu que la loi du 10 janvier 1849 soit abrogée et que l'administration générale de l'assistance publique devienne un service municipal ; invite son bureau et M. le Préfet de la Seine à faire auprès des pouvoirs publics toutes démarches nécessaires. »

DERNIÈRE HEURE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS POUR DEUX POSTES DE CHEF DE CLINIQUE[1]

Art. I. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour deux postes de chef de clinique.

Ce concours commencera le dimanche 1er avril 1900 à neuf heures du matin au siège de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le Jury procédera d'abord, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats.

Jury.

Art. II. — Le Jury se compose de quatre membres :

Le Directeur de l'Ecole, président ; un professeur titulaire de clinique ; deux professeurs suppléants de clinique nommés après tirage au sort, conformément à l'article 50 du règlement intérieur de l'Ecole.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Epreuves.

Art. III. — Le concours comporte :

1° Une épreuve clinique comprenant :

a) Examen d'un malade et explication clinique de l'affection, le diagnostic, l'étiologie, la marche et les indications thérapeutiques.

Le candidat aura trois quarts d'heure pour examiner son malade et donner ses conclusions.

b) Plusieurs opérations d'urgence (au moins deux) à exécuter séance tenante sur les malades choisis par le Jury.

Cette épreuve sera subie aussitôt après l'examen des titres des candidats, le dimanche 14 avril.

2° Une dissertation écrite sur un sujet tiré parmi huit questions qui seront portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance, lors de la première séance.

Deux heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le Jury. Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents.

Classement.

Art. IV. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum de 95 points est réparti comme suit :

---

1. Aux termes de l'art. 8 du décret du 25 janvier 1876, pour être admis à enseigner dans les établissements libres d'enseignement supérieur (l'École dentaire de Paris est de ce nombre), les étrangers doivent obtenir une autorisation ministérielle spéciale subordonnée à une demande d'admission à domicile.

Titres des candidats....	Titres universitaires...	5	35 points.
	Titres dentaires.......	10	
	Titres scientifiques.. .	20	

Epreuve clinique...................................... 30 points.
Epreuve écrite .... 30 points.
Minimum fixé par la Commission d'enseignement: 60 points.

Les points de titres seront donnés par le Jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimun obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Nomination.

Art. V. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports dressés par le Jury du concours.

Condition d'admission au concours.

Art. VI. — Etre âgé de 25 ans au moins, jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ; n'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celles des titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

Concours pour une place de professeur suppléant de clinique.

Un concours pour une place de professeur suppléant de clinique est ouvert à l'École dentaire de Paris ; il aura lieu le dimanche 27 mai prochain. Le programme en sera publié dans un prochain numéro.



APPEL A PRENDRE PART AU CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE PARIS EN 1900

(*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1er février 1900)

Le 3e Congrès dentaire international a, dès le début de sa préparation, attiré l'attention des chirurgiens-dentistes bien davantage que les deux premiers. Cela est heureux, car il ne peut pas nous être indifférent qu'on ait une mauvaise ou une bonne opinion de la valeur des chirurgiens-dentistes allemands chez leurs confrères du monde entier. On aurait certainement une médiocre opinion de nous si nous restions tranquillement chez nous et si nous ne souciions point des grands congrès dentaires. Chacun doit s'examiner, se reconnaître et mesurer ses forces. Si l'un se propose de faire une communication à la Société provinciale, qu'il réfléchisse maintenant s'il ne peut pas travailler plus à fond et plus scientifiquement son sujet pour le présenter à une assemblée plus nombreuse. S'il a des éléments pour l'une et l'autre, il doit chercher à avoir du temps de reste pour traiter ses sujets. Il est nécessaire de se mettre à présent résolument au travail, car la direction du Congrès se propose de publier l'ordre du jour dès le mois de mai. A la besogne donc ! A celui qui n'a ni le temps ni l'occasion de préparer une communication ou des démonstrations, il y a lieu de conseiller, s'il peut supporter les dépenses du voyage, de prendre part au Congrès. Ce n'est pas seulement parce qu'on est plus incité à concevoir une idée nouvelle, à adopter une méthode nouvelle, à accepter une indication nouvelle, etc. par une communication orale que par une lecture ; mais on apprend souvent bien davantage par la fréquentation de ses confrères. Le Congrès en donne l'occasion pendant huit jours. Chacun devrait aussi songer qu'il aura bien des choses à voir dans l'exposition spéciale que le Congrès organise et dans toutes les démonstrations qui auront lieu chaque matin, choses qui lui seront d'une valeur inappréciable dans sa pratique. Il ne faut pas non plus que l'opinion que se font de nous tous nos confrères du globe soit trop mauvaise. Si nous allons au Congrès en trop petit nombre, cette opinion ne sera certainement pas bonne. Montrons donc au monde que nous sommes là et, si possible, que nous pouvons faire quelque chose. JULES PARREIDT.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Monsieur le Docteur E. SAUVEZ,

Secrétaire Général

17, rue de Saint-Pétersbourg

PARIS

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE PARIS

(1900)

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (1) ______________________________

____

demeurant à ______________________________

____

après avoir pris connaissance du ***Règlement****, déclare donner, par le présent Bulletin, mon adhésion au* Congrès dentaire international de Paris (1900) *et m'engage à verser à* ***M. VIAU****, trésorier, la somme* ***de*** vingt-cinq francs, *montant de ma cotisation.*

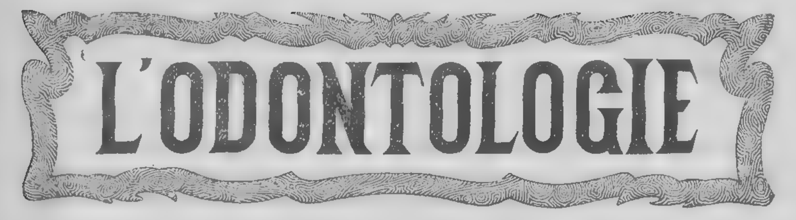
A ______________, *le* ______________ 190 .

Signature :

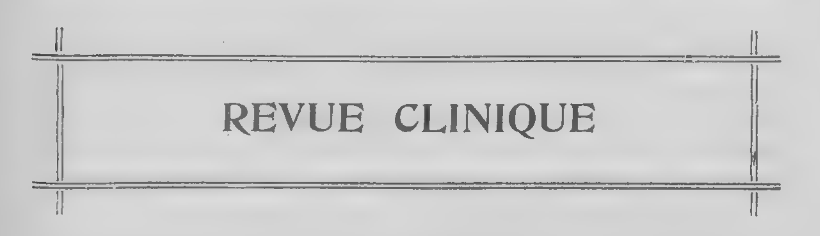
NOTA. — **Adresser les adhésions, les communications, les demandes de renseignements, etc., à M. le Dr E. SAUVEZ, secrétaire général, rue de Saint-Pétersbourg, 17, à Paris. — Envoyer le montant des cotisations à M. VIAU, trésorier, boulevard Haussmann, 47, à Paris.**

(1) Prière d'écrire lisiblement le nom, les prénoms, l'adresse exacte et complète, les titres et qualités, s'il y a lieu (professeur, diplômé de..., membre de...), etc.

20e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1900 Vol. XXIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.



EXTRACTION COMPLIQUÉE PAR UNE TUMEUR, DU PÉRIOSTE

Par M. le Docteur MAURICE ROY,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

(Communication à la Société d'odontologie. Séance du 9 janvier 1900.)

M. L.., ingénieur, âgé de 26 ans, que j'avais déjà soigné antérieurement, vint me trouver, il y a quelques mois, souffrant de la première grosse molaire inférieure gauche. Cette dent présentait une carie du 4e degré qui avait détruit toute sa face postérieure, la carie, à ce niveau, descendant au-dessous du collet. Un abcès venait d'être occasionné par cette dent, ce qui était déjà arrivé à maintes reprises, et le pus, ayant décollé la fibro-muqueuse, se faisait jour au collet, à la face interne, près de la face postérieure, et presque entre les deux molaires. Le malade avait toutes ses dents de ce côté, les deux dents voisines de la dent malade étaient saines.

La dent examinée, je me mis en devoir de procéder à l'extraction, que j'avais déjà conseillée antérieurement et que le malade venait me réclamer ce jour-là.

Quoique le cas ne fût pas très favorable pour l'anesthésie cocaïnique, sur les instances du malade je lui fis des injections de cocaïne. La dent ne paraissant pas devoir présenter une très grande résistance, je pris le davier droit à grosse molaire inférieure et, l'ayant placé sur la dent, je pratiquai les mouvements de luxation nécessaires pour me permettre de l'extraire. Malgré mes efforts, la dent ne se mobilisant pas du tout; je vérifiai la position de mon davier: elle était parfaite ; je fis alors de nouveaux efforts de luxation, mais la dent continua à résister encore pendant quelque temps, quand, enfin, tout à coup, je fus heureux de sentir la résistance cesser et je pus retirer ma dent.

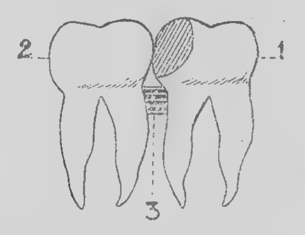
Quelle ne fut pas ma stupéfaction à ce moment quand je vis que ce n'était pas une, mais bien deux dents que j'avais après mon instrument. Je contrôlai la situation des mors de celui-ci, encore en prise sur la dent : elle était absolument parfaite et je constatai alors que les deux dents étaient unies, un peu au-dessous du collet, par un épais faisceau fibreux adhérant de la façon la plus intime à la face postérieure de la racine postérieure de la première molaire et à la face antérieure de la racine antérieure de la seconde molaire, faisceau que j'essayai vainement de rompre en exerçant sur les deux dents les plus violentes tractions, non seulement seul, mais avec l'aide de mon malade, aussi stupéfait que moi-même, comme on pense.

On pourra se rendre compte de la situation de ce petit néoplasme par le dessin ci-contre.

De quelle nature était ce petit néoplasme? Sa résistance et son aspect paraissaient devoir en faire une production de tissu fibreux vraisemblablement d'origine inflammatoire, développée aux dépens du périoste de la première molaire et greffée sur la périoste de la seconde. Cela s'explique très bien si l'on se rappelle ce que j'ai dit plus haut au sujet des abcès à répétition auxquels cette dent avait donné lieu

et de leur siège un peu particulier, justement entre les deux dents extraites. Malheureusement j'ai égaré la pièce et n'ai pu faire d'examen histologique.

Quoi qu'il en soit, la résistance de ce néoplasme a été telle que, le davier uniquement appliqué sur la première



1. 1re grosse molaire. — 2. 2e grosse molaire. — 3. Néoplasme.
Fig. 6. — Tumeur du périoste.

grosse molaire, la seconde molaire s'est trouvée luxée et extraite, l'adhérence établie entre les deux dents par le néoplasme ayant rendu la seconde molaire absolument solidaire des mouvements imprimés à la première, au point que la seconde molaire, en se luxant, avait fracturé une petite portion du bord alvéolaire externe adhérente à la face externe des racines.

Le premier moment de surprise passé, je songeai aux moyens de pallier à cet incident opératoire, malheureusement impossible à prévoir. Il n'y avait qu'une réimplantation de possible. J'hésitai un instant en raison du néoplasme inséré sur la racine, sur la nature duquel je n'étais pas fixé et pour lequel on aurait pu craindre quelque récidive s'il avait été d'origine épithéliale ou sarcomateuse. Mais, pour les raisons indiquées tout à l'heure, son origine inflammatoire me paraissant probable, je me décidai à la réimplantation, que je fis séance tenante.

Je sectionnai avec des ciseaux le trousseau fibreux unissant les deux dents et grattai largement sa surface d'insertion sur la dent à réimplanter, que je remis en place avec les précautions antiseptiques d'usage, après avoir fait l'obturation des canaux radiculaires.

Les suites opératoires furent excellentes, il n'y eut pas trace de suppuration et, trois semaines après, la dent ne se distinguait en aucune façon des voisines ; la solidité était parfaite et le malade s'en servait pour la mastication comme si rien d'anormal n'était survenu à cette dent. La gencive était absolument normale, sauf une petite dépression à la partie antérieure, où la racine se trouvait un peu déchaussée sur la portion où le périoste avait été enlevé avec le néoplasme. La place occupée par la première était également cicatrisée.

J'ai revu ce malade, il y a quelque temps, huit mois après l'opération ; la dent est en parfait état.

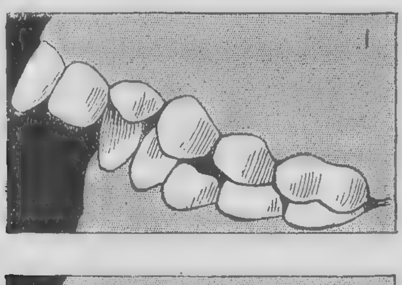
UN CAS DE PROGNATHISME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, CORRIGÉ AU MOYEN DE L'APPAREIL MARTINIER A DOUBLE TRACTION

Par M. E. Cardon;
Chirurgien-dentiste à Flers (Orne).

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 février 1900.)

Dans le courant du mois d'août 1897 Mme H... amena à mon cabinet sa fillette, âgée de 8 ans et demi, en me priant d'examiner sa bouche et de lui dire ce qu'il faudrait faire pour corriger la difformité de la mâchoire supérieure.

En examinant l'enfant la bouche fermée, on voit la lèvre supérieure soulevée par les incisives centrales et ces dernières débordant sur la lèvre inférieure. La bouche ouverte



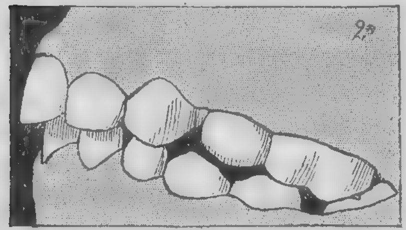


Fig. 7. — Prognathisme du maxillaire supérieur.

montre les incisives centrales supérieures rejetées complètement en avant, les incisives latérales un peu moins proéminentes. (V. modèle 1, profil du maxillaire.) Les incisives inférieures viennent frapper à un centimètre environ en

arrière du talon des incisives supérieures, l'articulation des autres dents est normale. Le palais, assez large, est peu profond ; il n'existe à l'examen aucune végétation adénoïde dans les fosses nasales et le pharynx.

Pour les antécédents, Mme H... ne peut me donner aucun renseignement, n'ayant jamais observé cette irrégularité dans sa famille ni dans celle de son mari.

L'enfant, grande et forte pour son âge, est précoce pour la dentition ; toutes les dents temporaires supérieures, sauf la canine droite, sont tombées ; des deux premières prémolaires permanentes, l'une, la gauche, est à peu près sortie, la droite commençant seulement à apparaître au niveau de la gencive ; la canine gauche manque.

A ce moment, vu l'évolution peu avancée de la prémolaire droite et l'absence des canines permanentes, je conseillai à Mme H... d'attendre quatre à cinq mois avant d'entreprendre le redressement.

Au commencement de mars 1898, Mme H... me ramena sa fillette ; à cette époque la bouche était dans l'état représenté par le modèle 3. La canine gauche commence à apparaître, les deux prémolaires sont presque complètement sorties, la canine temporaire droite est encore en place.

Je me décidai alors, Mme H... insistant fortement, à faire le redressement, en m'inspirant de la communication de M. Martinier au congrès de 1897 et du manuel du chirurgien-dentiste (clinique de prothèse) du même auteur. Je pris une empreinte au plâtre et, au moyen de coiffes métalliques fixées sur les grosses molaires inférieures, j'obtins la sur élévation de l'articulation, un mois et demi environ après la pose des couronnes ; j'enlevai alors la canine temporaire restante et les deux premières prémolaires permanentes et je confectionnai l'appareil représenté modèle 6 et exactement pareil à celui décrit par M. Martinier.

La fillette m'étant amenée tous les jours, j'enlevais l'appareil et le nettoyais à fond ; malgré cela je prescrivis des lavages de la bouche après chaque repas avec une solution boriquée à 3 o/o. Grâce à ces soins, je n'eus aucun symp-

tôme de gingivite ; huit mois après les dents étaient complétement rentrées.

J'exécutai alors un appareil de maintien avec un bandeau en métal passant au devant des dents ; cet appareil est resté en place jusqu'au mois de décembre 1899, soit près de treize mois, l'enfant l'enlevant chaque jour pour les soins de propreté nécessaires. Un accident arrivé à cette époque m'obligea à enlever cet appareil ; la bouche se trouvait alors dans l'état représenté par le modèle 5 ; la courbe s'est légèrement modifiée. Je n'ai pas remis l'appareil de contention, pensant que, vu l'âge de l'enfant, le travail d'ostéite condensante devait être presque terminé, mais j'ai prié Mme H... de me ramener sa fille tous les mois afin de surveiller attentivement la bouche et de pouvoir par une intervention prompte ne pas perdre le bénéfice du résultat acquis.

Je suis heureux d'ajouter cette contribution aux observations déjà publiées par M. Martinier, observations prouvant d'une manière incontestable qu'il est possible de modifier non seulement les irrégularités des dents et des arcades dentaires, mais aussi celles des maxillaires eux-mêmes.

ACCIDENT ÉLOIGNÉ CAUSÉ PAR LA ROTATION BRUSQUE

Par M. E. Cardon.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 février 1900).

Jeune fille de 18 ans environ. L'incisive supérieure gauche a été redressée au moyen de la rotation brusque par un de mes confrères de la région quand l'enfant avait une dizaine

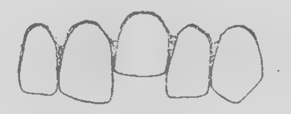


Fig. 8.

d'années. Cette dent, décolorée, est remontée dans l'alvéole et est plus courte que les autres (la bouche présentait l'aspect de la figure 8). Cette dent étant devenue branlante, je fus obligé d'en pratiquer l'extraction dans le courant de l'année 1897. J'avais déjà eu, à cette époque, l'idée d'en faire l'objet d'une communication, mais préparant à ce moment mon certificat de sciences physiques, et naturelles, afin de pouvoir prendre mes inscriptions de médecine à l'école de Caen, j'avais mis mes notes de côté.

Il n'existait plus aucun fragment de racine ; j'avais, aus-



Fig. 9.

sitôt la dent extraite, sondé l'alvéole en tous sens avec une pointe fine, mais je n'avais rencontré partout que des tissus mous ; de plus la jeune fille n'ayant pas consenti à faire remettre cette dent, les autres se sont rapprochées et la

canine qui se trouvait légèrement en dehors de l'arcade, a repris sa place normale.

La tentative de redressement a été faite vers 1890, la jeune fille ayant environ 10 ans ; la dent est donc restée près de sept ans en place.

Cette jeune fille, formée vers 15 ans, a été bien difficile à élever ; d'un tempérament délicat jusqu'à l'époque de sa formation, elle paraît maintenant assez forte ; la dentition est mauvaise et plusieurs dents sont soignées pour des 3e et 4e degrés.

La mère est plutôt faible, quoique rarement malade, le père est fort, mais souffrant de l'estomac. Tous les deux ont une dentition très mauvaise et portent des dents artificielles. D'après ce qui m'a été dit, la rotation a été faite brusquement et suivie d'une hémorragie assez abondante ; deux ou trois mois après, il s'est formé au-dessus de cette dent un abcès qui, ayant percé, ne s'est pas reproduit, mais la dent s'est décolorée et a commencé à remonter insensiblement ; ainsi que je l'ai déjà dit, quand je l'ai extraite, elle se trouvait légèrement en arrière de l'incisive latérale.

UN CAS DE GINGIVITE EXPULSIVE CHEZ UNE ENFANT DE QUATRE ANS

Par M. Emile Longuet, de la Rochelle.

Une petite fille de quatre ans me fut amenée ces temps-ci par ses parents qui me demandèrent d'examiner sa bouche et de donner un conseil.

Le père, officier, est vigoureux ; la mère est en bonne santé ; l'enfant a le teint rosé et toutes les apparences d'une bonne constitution ; d'après les parents, elle n'accuse jamais de douleur dans la région gingivo-dentaire, elle paraît manger parfaitement, elle a, en tous cas, très bon appétit.

Il y a un peu plus d'un an, elle tomba sur la face, ce qui détermina la chute des incisives Centrales supérieures. Depuis cette époque, toutes les dents peu à peu se mirent à chanceler, et actuellement toutes sans exception sont presque entièrement déchaussées ; une première molaire est même tombée ces jours-ci dans la bouche de l'enfant sans lui occasionner la moindre douleur. Quelques-unes sont à ce point chancelantes qu'une petite poussée serait suffisante pour les faire tomber. Toutes les gencives sont molles et tuméfiées, on n'observe pas de suppuration, si ce n'est au collet d'une molaire inférieure dont la chute est imminente. Aucune des dents n'est cariée. Au niveau des points où les dents sont tombées, la cicatrisation paraît se faire dans de bonnes conditions et la gencive,bien qu'un peu rouge encore, paraît revenir à son état normal.

J'avoue que l'état de cette bouche,en opposition avec l'état de santé florissant qu'on observait chez cette enfant, me stupéfia.

Je fis revenir l'enfant chaque jour et je pratiquai dans la région du collet des dents des irrigations antiseptiques. De plus, comme je ne pouvais ordonner à une enfant de 4 ans de se rincer la bouche, je me contentai de prescrire des badigeonnages antiseptiques fréquents, qui pourraient être aisément faits par les parents.

Je n'ai jamais observé, dans ma pratique déjà longue pourtant, de cas semblables.

J'ai bien vu plusieurs fois des dents de lait s'ébranler à la suite d'une chute et tomber prématurément, mais jamais dans tous ces cas la gingivite ne s'était étendue aux deux mâchoires et n'avait été suivie de la chute des dents par un processus analogue en apparence à celui qui agit dans la gingivite plus ou moins précoce des arthritiques ou des vieillards.

Je cite donc le fait, sans en tirer actuellement aucune conclusion.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1900.

Présidence de M. SAUVEZ, puis de M. RICHARD-CHAUVIN.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. Sauvez. — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — CORRESPONDANCE.

M. de Marion, secrétaire-général, donne lecture d'une lettre de M. Jeay présentant diverses réclamations sur la rédaction des procès-verbaux.

M. Sauvez. — Nous avons fait l'essai de la sténographie pour nos procès-verbaux et nous avons dû y renoncer, car, outre que cela était très coûteux, il fallait procéder à une nouvelle rédaction des comptes rendus,qui avaient,de plus,l'inconvénient d'être beaucoup trop longs. Quel que soit le système adopté, il est indispensable que nos procès-verbaux soient très soigneusement revus et corrigés par le secrétaire général.

M. Martinier. — D'après le règlement, le procès-verbal reste pendant huit jours, au secrétariat de l'école, à la disposition des membres désireux d'y apporter des modifications ; mais jamais ils n'usent de cette faculté ; cela est fâcheux, car, s'ils en usaient, nos procès-verbaux seraient plus exacts. Il s'écoule cependant trois semaines entre le moment où le compte-rendu est rédigé et le moment de sa publication. Si nos membres voulaient bien prendre l'habitude de le corriger,cela vaudrait sûrement mieux que de laisser ce soin au secrétaire général, qui ne peut s'en acquitter qu'avec beaucoup de peine et auquel il est bien difficile d'être très exact dans ses corrections.

M. Stévenin. — Il a été décidé, il y a bien longtemps déjà, à une de nos séances, que le procès-verbal demeurerait à la disposition des membres, au secrétariat.

M. Martinier. — Il ne s'agit donc plus que de veiller à l'exécution de cette décision.

M. de Marion. — Notre secrétaire-rédacteur remettant, dans les cinq ou six jours qui suivent la séance, sa rédaction au secrétaire-général, celui-ci pourrait l'envoyer aux membres ayant parlé, pour que ceux-ci y apportassent leurs corrections, à charge par eux de la lui retourner dans les vingt-quatre heures. Ce serait préférable au système de la révision par le secrétaire général, qui ne peut pas interpréter la pensée de tous ceux qui ont pris la parole dans une discussion.

M. Richard-Chauvin. — Il s'agit, en somme, d'un rappel au règlement. Maintenant voici ce que j'ai à dire : les membres qui prennent part aux discussions improvisent presque toujours et leur improvisation est plus ou moins correcte dans la forme. Un sténographe reproduirait leurs paroles, qui importent peu, mais non leur pensée, qui importe beaucoup. Il faut donc que les membres qui ont parlé révisent ce qu'ils ont dit ; je me rallie en conséquence aux observations de M. Martinier : nous devons inviter nos confrères à corriger leurs paroles.

M. Viau. — M. de Marion propose l'envoi à domicile : il est impraticable, nous l'avons essayé autrefois. En effet, outre que les membres ne renvoient pas le procès-verbal régulièrement, ils ont une tendance à allonger démesurément ce qu'ils ont dit ; ils se préoccupent uniquement de leurs paroles et non de l'enchaînement de la discussion, de sorte qu'après leurs corrections celle-ci manque de suite et les différentes observations ne correspondent plus entre elles.

M. Papot. — Les procès-verbaux sont exacts ou inexacts suivant que le bureau ou le secrétaire général y apportent des corrections. Certaines années ils ne soulèvent aucune réclamation. Je communique souvent, pour ma part, les procès-verbaux en épreuves aux membres intéressés et j'obtiens peu de résultat. Le système de l'envoi n'est donc pas pratique ; il faut que ce soit le secrétaire général qui revoie le procès-verbal peu de jours après la séance.

M. Loup. — Le secrétaire général devrait, lui aussi, prendre des notes ; je l'ai fait moi-même et je complétais ainsi le document qui m'était remis.

M. Martinier. — Je propose de laisser les procès-verbaux au secrétariat de l'Ecole à la disposition des membres qui voudront le consulter, cela pendant une huitaine, puis le secrétaire-général les corrigera sans faire prévaloir ses idées personnelles et en coordonnant entre elles les diverses parties de la discussion.

M. Papot. — Je demande que le procès-verbal ne soit déposé qu'en épreuves imprimées et non en manuscrit.

M. Sauvez. — Dans toutes les sociétés les procès-verbaux sont une pierre d'achoppement Théoriquement nous devrions avoir deux secrétaires des séances qui prendraient des notes ; mais en réalité ce n'est

pas possible. Il faut donc nous en rapporter au secrétaire général, car il n'est pas pratique de sténographier ni d'envoyer le manuscrit aux membres. Je suis d'avis de sanctionner la discussion en insérant l'avis suivant au bas de la prochaine convocation : « Le bureau de la Société d'odontologie rappelle aux membres de la Société que le procès-verbal, revu par le secrétaire général, est à la disposition des membres huit jours après la séance et pendant une durée de dix jours au secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris. »

M. Papot. — Cela retardera l'impression.

M. de Marion. — Le procès-verbal sera prêt ainsi vers le 20 du mois.

M. Martinier. — Il n'est pas absolument nécessaire qu'il paraisse dans le numéro qui suit la séance.

M. Richard-Chauvin. — C'est un accord à intervenir entre le bureau et l'administrateur du journal.

M. Bonnard. — On pourrait avoir deux expéditions du procès-verbal : l'une serait à la disposition des membres, l'autre du secrétaire général, qui pourrait la donner à *L'Odontologie*, sauf à la compléter ensuite à l'aide des corrections faites.

M. Martinier. — M. Jeay attribue l'absence de certains membres à la rédaction de nos procès-verbaux ; il ne faut donc pas trop nous hâter de publier nos discussions, d'autant qu'il n'est pas indispensable qu'elles paraissent immédiatement ; il est préférable de les revoir soigneusement. La proposition de M. Bonnard aurait des inconvénients.

M. Papot. — Que le procès-verbal me soit remis le plus rapidement possible, je le ferai imprimer et je laisserai ici pendant 8 ou 10 jours une épreuve, qui pourra être revue par les orateurs.

M. Sauvez modifie sa proposition ainsi : le compte-rendu sera à la disposition des membres dix jours après la séance, pendant huit jours.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. de Marion lit une lettre par laquelle M. Cardon s'excuse de ne pas venir faire lui-même ses présentations.

MM. Godon et Lemerle se font excuser de ne pouvoir assister à la séance.

II. — Allocution du président.

M. Sauvez prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers confrères,

J'ai malheureusement été empêché d'assister à la dernière séance de notre intéressante Société, sans quoi vous

n'auriez pas à m'entendre aujourd'hui, tout au moins à cette place. Je vous aurais dit immédiatement combien j'étais heureux des suffrages que vous avez émis sur mon nom et combien cette marque d'estime et de sympathie m'a touché.

Peut-être à un moment, après avoir achevé mes études médicales et dentaires, me suis-je trouvé un peu hésitant sur le chemin que j'allais prendre, sur la voie dans laquelle je devais m'engager. Aimant beaucoup ma profession et aimant par conséquent à causer avec des confrères des différentes parties de cette profession, je ne savais trop si je devais diriger la part active de la collaboration que je pouvais donner vers l'un ou l'autre des groupements dans lesquels je pouvais entrer : le groupement de la stomatologie ou celui de l'odontologie.

On m'a reproché cette hésitation, je le sais ; peut-être n'a-t-on pas eu tort, mais ceux qui ont pu me la reprocher n'avaient peut-être pas eu la possibilité d'hésiter, et l'on ne sait ce qu'ils auraient fait dans les mêmes conditions et au même âge. De plus, d'un côté c'était la discorde, la division, la vie agitée, je parle de 93 (non pas de la grande, mais de la petite révolution), et de l'autre c'était la tranquillité, la vie paisible, sous la présidence d'un homme incontestablement remarquable, instruit, éminent, qui a été notre maître à tous directement ou indirectement, qu'on le veuille ou non, Magitot.

Il m'a suffi d'exercer un peu, de voir ce qui constituait la majorité des opérations de notre profession, pour constater que dans deux ou trois cas au plus sur cent, nous pouvons être appelés à faire de la stomatologie, en comprenant par ce mot l'étude des maladies de la bouche, sans les dents ; dans quatre-vingt-dix-sept ou quatre-vingt-dix-huit cas sur cent, nous faisons de la dentisterie, de l'odontologie ; c'est pourquoi peu à peu je me suis rapproché de votre groupement, pourquoi j'ai collaboré à vos congrès, à vos réunions, à vos sociétés.

De plus je n'avais pas été élevé au milieu des mécaniciens-dentistes dont mon père faisait partie ?

Pardonnez-moi ces quelques mots sur moi-même ; je sais très bien qu'on ne doit jamais parler de sa personnalité et que le moi est haïssable ; mais comme je vous déclare que vos suffrages m'ont fait plaisir, il faut bien que je vous dise pourquoi. C'est parce que cette désignation, cet honneur me montrent que vous me considérez bien comme l'un des vôtres, l'un de vos collaborateurs, l'un de ceux sur lesquels vous pouvez compter comme un partisan convaincu et décidé des dentistes et de notre groupement de l'École dentaire de Paris.

Donc, excusez cette digression ; laissez-moi reprendre au point où j'étais et vous dire que, si j'avais assisté à cette dernière séance, je vous aurais remerciés de vos suffrages. J'aurais remercié également M. Lemerle, votre président précédent, des paroles trop aimables qu'il m'a adressées, paroles qui s'expliquent par ce fait que M. Lemerle est le plus vieil ami de mon père et le mien, qu'il m'a vu grandir depuis plus de vingt ans et que, naturellement, il est heureux de m'aider et de me faire profiter des sympathies que sa bonté, son travail et son attachement pour cette École lui ont créées parmi vous.

Mais surtout, ce que je vous aurais dit, c'est que je ne puis, pour cette année tout au moins, accepter ce poste, parce qu'il n'est pas bien d'accepter l'honneur sans la peine et que je n'ai pas le temps actuellement de prendre cette peine, étant occupé, d'autre part, par d'autres soucis, ceux du Congrès international.

Le rôle du président de cette Société est loin d'être une sinécure et nécessite un travail relativement considérable. Il faut voir quelles sont les questions qui sont le plus à l'ordre du jour des préoccupations de tous, voir non seulement celles qui plaisent personnellement, mais celles qui intéressent la majorité des confrères. Il faut que chaque séance soit marquée par un clou, en quelque sorte, par une communication de choix capable d'attirer des membres nombreux et divers, pour que ce ne soient pas toujours uniquement aux mêmes auditeurs que s'adressent les divers auteurs.

Quand ce travail de sélection de divers sujets est fait, il

faut voir à qui il serait bon de s'adresser pour demander une communication ou une démonstration, et là encore tenir compte non de ses sympathies personnelles, mais de la qualité de celui à qui l'on s'adresse. On commence alors l'attaque du condamné, c'est-à-dire l'investissement du futur auteur de la communication. Par un siège serré, composé de visites, de lettres et encore de lettres, on arrive à l'avoir à sa merci et à obtenir une réponse favorable ; on s'enquiert de l'état de la communication, on prodigue des encouragements, des indications, on oriente le sens général pour rendre la communication plus intéressante pour la Société et l'on arrive ainsi au jour de la séance.

Telle est la voie à suivre pour parvenir à obtenir une communication ; mais de plus, il faut faire donner, non seulement les membres de la Société, mais ses relations personnelles, soit du côté des ingénieurs, soit du côté des médecins, des chirurgiens, des spécialistes, des chimistes, des physiciens, des bijoutiers, des architectes, des orthopédistes, des mouleurs, comme pour la séance de ce soir, par exemple.

Nous avons en effet la chance d'exercer une profession si intéressante et si variée qu'elle touche par un côté ou un autre à de multiples professions et à de multiples métiers, et nous n'avons que l'embarras du choix pour faire une liste de sujets de communications.

Mais tout cela demande un travail considérable et n'est, d'ailleurs, qu'une partie de la fonction. La meilleure communication doit, pour être fructueuse, être discutée, et ce n'est que par la discussion qu'on en tire tout le parti possible. Il est même préférable, au point de vue de l'intérêt général des assistants, d'assister à une communication courte et normale, suivie d'une discussion longue et variée, qu'à une longue communication très belle, sans discussion. Par conséquent il faut préparer sa discussion ; si c'est tel ou tel sujet qu'on doit traiter, il faut prévenir les spécialistes, leur écrire et leur récrire et pouvoir compter sur la présence d'un nombre de membres compétents prêts à donner un avis autorisé. Si même on le peut, on doit faire im-

primer les communications d'avance, pour ne pas fatiguer les assistants par une longue lecture, même très intéressante. On ne consacrera donc la plus grande partie de la séance qu'à la discussion, discussion qui sera toujours écoutée et suivie avec plus d'intérêt, ne serait-ce que par la diversité des timbres de voix qui réveille... l'attention des auditeurs.

Est-ce tout ? Non, pas encore.

A quoi sert une discussion si elle n'est pas sanctionnée par une décision, par une prise en considération tout au moins ? Il faut donc résumer la discussion, voir quel a été l'avis de la majorité des orateurs et terminer en donnant soi-même un avis auquel on a réfléchi antérieurement et longuement et faire ressortir quelles sont les indications qui résultent de la discussion.

Et, pour terminer, il faut encore surveiller l'impression des comptes-rendus.

En somme, vous le voyez, c'est préparer chaque fois un petit congrès, et je n'ai parlé que des séances régulières, normales, mensuelles ; mais il ne faut pas négliger les séances extraordinaires, les séances de démonstrations pratiques, le dimanche matin, pour intéresser les membres de province, les faire venir, les rattacher à nos idées, à notre groupe.

Toutes ces démarches, tout ce travail de préparation des séances nécessitent, vous le comprenez, non pas une perte de temps, mais une dépense de temps considérable.

Et si j'ai exposé comment je comprends le rôle du président de la Société d'Odontologie, c'est pour qu'il résulte de cet exposé que, tout en étant très heureux de vos suffrages, je ne puis actuellement m'astreindre à ces obligations, étant déjà très pris par le secrétariat du Congrès et étant très occupé, harcelé, dirais-je presque, par son président M. Godon, qui est actif, convaincu, pense à tout et voudrait que rien ne fût négligé pour la préparation de cette grande réunion.

Et c'est aussi pour une autre raison que j'ai cru devoir faire cet exposé : c'est parce que cette année surtout la Société d'Odontologie de Paris doit briller d'un éclat plus vif que les autres années et qu'elle doit avoir comme

président un homme instruit dans sa spécialité, bon professeur, travailleur, partisan de nos idées et de notre groupement. C'est pourquoi j'ai surtout regretté mon absence à la dernière séance, sans quoi j'aurais prié notre vieil ami M. Richard-Chauvin de ne pas se désister, comme il l'a fait, et nul doute qu'il n'eût au premier tour emporté la majorité des suffrages.

Je suis certain que sa désignation aurait les plus grands avantages et qu'avec lui notre Société d'Odontologie, déjà si ancienne et si nombreuse, continuerait à marquer la première place parmi les Sociétés françaises s'occupant d'odontologie.

M. Gillard. — Je regrette la démission de M. Sauvez et je désire savoir si nous sommes en assemblée générale pour nommer un président.

M. Sauvez. — Nous avons envoyé une convocation à cet effet.

M. Gillard. — Il faut appliquer le règlement (il en donne lecture).

M. Martinier. — Evidemment la nomination du président et de tout le bureau se fait en assemblée générale et c'est ainsi qu'elle a eu lieu, c'est-à-dire régulièrement. Aujourd'hui le président démissionne seul ; je ne crois pas qu'il soit besoin de convoquer une nouvelle assemblée générale, d'autant que le règlement ne le dit pas et que nous avons intérêt, cette année-ci, à avoir un président immédiatement.

M. Richard-Chauvin. — L'observation de M. Gillard est très juste.

M. Papot. — Quelle différence y a-t-il entre une assemblée générale et une réunion ordinaire ?

M. Sauvez. — Une assemblée générale est une réunion où tous les membres de la Société sont convoqués pour une élection. La première convocation qui a été lancée étant muette sur ce point, j'en ai fait envoyer une autre portant ces mots : « *démission du président, élection d'un nouveau président* » ; on peut donc considérer cette réunion comme une nouvelle assemblée générale ; je vous demande en conséquence de voter ce soir.

M. Martinier demande la mise aux voix de la proposition.

M. Richard-Chauvin. — Les assemblées générales ont lieu tous les ans à la même époque et les membres savent qu'elles sont plus spécialement consacrées à l'élection du bureau. Vous reconnaissez d'ailleurs la justesse de la remarque en déclarant que vous pouvez vous considérer en assemblée générale.

M. Martinier. — Nous avons convoqué une assemblée générale pour l'élection régulière du bureau et cette élection a eu lieu. Nous nous trouvons maintenant en présence d'un président qui donne sa

démission ; si vous convoquez pour le remplacer une assemblée générale, c'est une assemblée générale pour élire un président uniquement ; or le règlement ne le dit pas.

M. Sauvez. — Je mets aux voix la question suivante : « La Société d'odontologie se considère-t-elle comme valablement réunie pour élire un président ? »

Cette proposition est adoptée.

III. — Élection d'un président.

M. Sauvez. — Il va être procédé à la nomination d'un président.

Le scrutin est ouvert et donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 21.

Ont obtenu :

MM. Richard-Chauvin	15	voix, élu.
Papot	1	—
Martinier	1	—
Bulletins blancs	4	—

M. Richard-Chauvin remplace M. Sauvez à la présidence et remercie la Société du grand honneur qu'elle lui fait, en exprimant la crainte de ne pas se trouver à la hauteur de sa situation.

IV. — Un cas de prognathisme du maxillaire supérieur corrigé au moyen de l'appareil Martinier a double traction, par M. E. Cardon, présenté par M. P. Martinier.

M. Martinier donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente les modèles, des photographies et des appareils. (*Voir Revue clinique*, p. 207). Il ajoute : « J'ai reçu ces pièces et cette communication d'un confrère de province que je n'avais pas l'honneur de connaître et j'ai songé à les présenter à une de nos séances en même temps que je sollicitais M. Cardon d'entrer dans notre Société ; c'est à la suite de mon offre qu'il répondit la lettre que M. de Marion vous a lue. »

Discussion.

M. de Marion. — Je traite un enfant depuis deux mois et demi à peine ; avec l'appareil de M. Martinier j'ai gagné près d'un demi-centimètre dans ce laps de temps.

M. Weber. — Pour avoir une fixité absolue de l'appareil, faut-il mettre ces caoutchoucs à une certaine distance ? Y a-t-il des règles à observer à cet égard ?

M. Martinier. — Il y a des règles à observer au point de vue de la direction à imprimer à la traction, selon l'irrégularité que vous avez à redresser. Il faut toujours que vos élastiques soient isolés de la gencive et la traction exercée le plus possible horizontalement.

Mais la principale difficulté des redressements de ce genre consiste dans le choix de points d'appui suffisants. Les Américains sont des

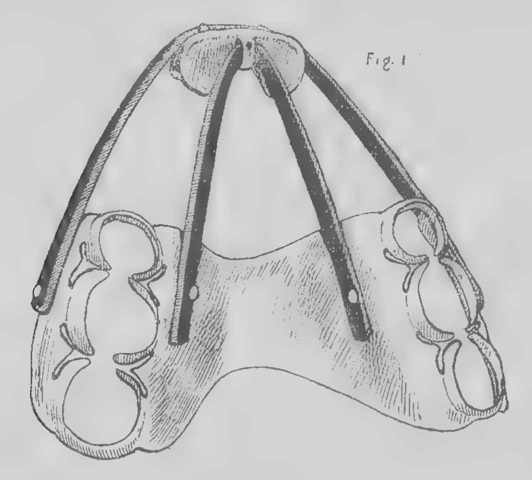


Fig. 10

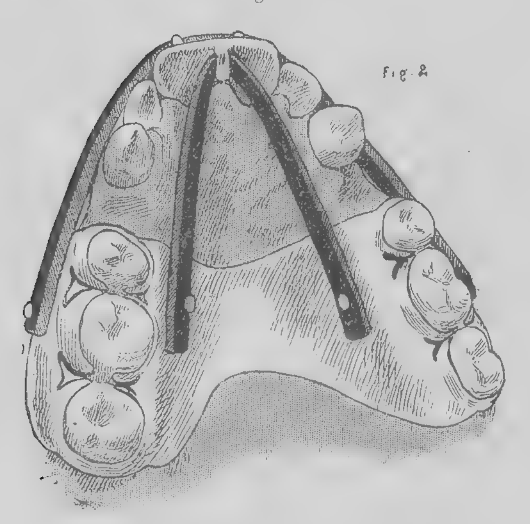


Fig. 11.

praticiens hardis qui ne craignent pas les accidents pouvant survenir du fait du déplacement de ces points; d'où un grand nombre de leurs appareils sans plaques.

La plaque en forme de pont sur le palais, que j'emploie, est un

coefficient précieux pour cette résistance. L'anomalie corrigée par M. Cardon est peu exagérée. J'ai présenté au dernier Congrès national un appareil pour un cas de prognathisme très remarquable du maxillaire supérieur, compliqué de béance.

Depuis cette époque j'ai dû modifier mon appareil sous le rapport des moyens de rétention. Cette dernière est parfois difficile dans les cas où vous n'avez pas à pratiquer le désengrènement des dents ou le rehaussement de l'articulation.

Lorsque les dents ne sont pas trop serrées, on fixe les appareils par des barrettes placées entre les dents préalablement écartées ; mais quand ce moyen est impraticable, il faut avoir recours à un autre système. La modification apportée à mon appareil convient dans ce cas. Elle consiste dans l'emploi de crochets plats appliqués exactement autour de chaque molaire, soudés à l'appareil sur une toute petite partie de leur étendue et embrassant les dents sur leurs faces buccales et jugales, en pénétrant aussi loin qu'il est possible dans les interstices dentaires (Fig. 10).

Vous obtenez avec ce procédé une rétention parfaite et l'articulation est respectée intégralement.

J'ajoute qu'avec cet appareil, dans la majorité des cas la traction externe, c'est-à-dire un seul caoutchouc, suffit.

M. Gross. — Dans un cas moyen combien de temps faut-il pour arriver à la réduction ?

M. Martinier. — Trois mois.

M. Weber. — Ces cas sont toujours accompagnés de prognathisme.

M. Martinier. — Pour une antéversion des dents vous pouvez employer cet appareil, mais vous en avez d'autres.

M. Bonnard. — Combien de temps laissez-vous l'appareil de maintien ?

M. Martinier. — Je préfère le laisser plus de temps qu'il ne faut.

M. Bonnard. — Avec des appareils à action intermittente il faut peut-être le laisser plus longtemps.

M. Martinier. — Il y a surtout à tenir compte de l'hérédité du cas, car lorsque l'un des ascendants présente une anomalie semblable, l'appareil de maintien doit être porté beaucoup plus longtemps, l'irrégularité ayant toujours tendance à revenir au type primitif. Les inconvénients signalés proviennent du manque de surveillance de ces dentitions pendant ou après le port de l'appareil de maintien.

M. Siffre. — On dit *prognathisme du maxillaire* ; mais le premier mot suffit. Ici ce n'est pas un prognathisme, il y a *projection en avant*, puisqu'il y a perversion dans l'éruption des dents. Les résultats de l'appareil sont excellents ; mais si l'on avait enlevé les deux petites molaires, on aurait obtenu une régularisation semblable, par la seule

pression des lèvres. Une plaque embrassant les dents du fond de la bouche suffit à maintenir cette masse en arrière.

M. Martinier. — Je ne veux pas laisser passer cette vieille querelle sans dire à M. Siffre que nous ne sommes toujours pas du même avis. Il y a projection, soit; mais Magitot a employé les mots *prognathisme artificiel*, pour différencier cette malformation accidentelle du prognathisme de race ; donc le prognathisme existe. M. Siffre me semble bien hardi lorsqu'il affirme que dans un cas semblable, portant non seulement sur les dents, mais sur les bords maxillaires eux-mêmes, l'action des lèvres peut suffire à réduire une anomalie. Il nous le démontrera difficilement.

M. Gross. — Il est très difficile de réduire cette projection en avant. Comment M. Siffre applique-t-il son appareil ?

M. de Marion. — M. Siffre a eu un cas très heureux, car dans les trois quarts des protrusions des maxillaires supérieurs il arrive fréquemment que la totalité des incisives du bas vient frapper le maxillaire supérieur, au niveau du collet des supérieures; dans ce cas il faut l'appareil Martinier pour permettre aux dents de se placer et maintenir la bouche dans cet état d'écartement en rehaussant l'articulation.

M. Viau. — J'ai traité un assez grand nombre de cas de redressement de ce genre et je suis étonné que M. Siffre ait obtenu la réduction par le moyen qu'il indique. Le seul moyen de supprimer le traumatisme de la région antérieure, c'est le rehaussement de l'articulation, ce qui est d'ailleurs le seul moyen d'empêcher la récidive. Il est, de plus, presque toujours nécessaire de faire ledésengrènement des mâchoires.

M. Martinier. — J'ai omis d'appuyer suffisamment sur l'importance du désengrènement des dents. Je me souviens toujours du précieux conseil que me donnait M. Viau au début de ma carrière, lorsqu'il insistait sur les résultats surprenants qu'il obtenait uniquement avec ce moyen, et j'en conclus que chaque fois que dans des cas analogues à celui présenté par notre confrère M. Cardon vous opérez le désengrènement, vous obtenez des résultats très satisfaisants, et si M. Siffre ne le pratique pas, je ne puis m'expliquer les résultats qu'il obtient, puisque les dents inférieures constituent un obstacle invincible à la réduction de l'irrégularité.

M. Meng. — Deux personnes auxquelles un de nos confrères avait fait rentrer les dents du haut avaient les dents branlantes.

M. Siffre. — Avec les appareils de maintien, quand le prognathisme est réduit, en laissant les mâchoires se fermer le prognathisme se reproduit ; mais la plupart du temps il n'y a pas à craindre ce retour à l'état primitif. Dans la production d'une anomalie vous avez le parcours de la dent; si le maxillaire est dévié, c'est consécutif à l'évolution de la dent, car, en même temps que les dents ont évolué,

elles sont allées en avant. Quant à l'appareil de maintien, pourquoi le laisser un an ?

M. Richard-Chauvin. — C'est une des questions qui nous intéressent le plus ; mais comme M. Siffre paraît s'être engagé à nous fournir une communication la prochaine fois, nous aurons occasion d'y revenir.

M. Martinier. — Je répète qu'il y a intérêt à faire porter longtemps les appareils de maintien. Il ne s'agit plus de redresser les dents, mais simplement de les maintenir, et la durée du traitement est variable par suite d'une foule de facteurs. Dans le prognathisme du maxillaire c'est l'alvéole qui nous intéresse. Quelle est la période d'ostéite condensante suffisante pour en maintenir la modification ? Il ne faut pas oublier l'influence de la dent de sagesse sur la reproduction des irrégularités ; dans la plupart des cas il y a là un facteur important ; il en est de même de la dent de douze ans.

M. Meng. — Hier j'ai vu un cas très intéressant : une dent traitée depuis dix ans, dont la pulpe était morte.

M. Richard-Chauvin. — En matière d'appareils de maintien il faut être très prudent ; mais, comme l'a si bien dit M. Martinier, il y a tout bénéfice à retirer de l'emploi prolongé de ces appareils.

V. — Accident éloigné causé par la rotation brusque, par M. Cardon, présenté par M. Martinier.

M. Martinier donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *Revue clinique*, p. 211) et présente les modèles.

Discussion

M. Loup. — J'ai vu un cas datant de cinq ans, où la dent ne tenait plus. Je suis forcé de dire que je condamne la rotation brusque.

M. Siffre. — Il y a redressements brusques et redressements brusques. Je vous présenterai des rotations immédiates sans trace de mortification.

M. Meng. — Vous avez remarqué des dents mortes à la suite d'un choc ; j'en ai vu de mortes à la suite d'une opération faite par un dentiste.

M. Siffre. — Ces mortifications remontaient fort loin ; il y a toujours une petite fracture de l'émail. J'ai même vu une mortification par vice d'articulation.

M. Martinier. — Nous avons tous des observations sur la rotation brusque et nous voyons les inconvénients de cette méthode. M. Siffre ne nous a pas dit comment se comporte l'alvéole dans la luxation ; je lui serais reconnaissant de nous donner des indications. En toute sincérité j'ai vu des cas où je n'ai pas rencontré d'accidents éloignés, mais je dois avouer qu'indépendamment de ceux-là il y a

toujours à craindre les accidents immédiats et je me souviens que lors de la présentation de M. Siffre au Congrès dentaire de Paris, un de ses patients portait la trace de son intervention chirurgicale, puisqu'une des dents redressées était légèrement fracturée au niveau du bord libre de la dent; mais ces accidents, nous pouvons toujours les éviter avec un appareil orthopédique.

M. Siffre. — La fracture dont parle M. Martinier est due au davier avec lequel on pinçait la dent.

VI. — Différents cas d'anomalies dentaires, par M. Cardon, présentés par M. Martinier.

M. Martinier. — M. Cardon m'a également chargé de vous présenter les cas suivants.

N° 1. — *Bec-de-lièvre* (gueule de loup).

Homme de 35 à 40 ans, se présente pour l'extraction d'une molaire inférieure.

Son état d'ivresse ne m'a pas permis de prendre une empreinte complète au plâtre comme j'aurais voulu.

Il sortait, d'après ce qu'il m'a dit, de la maison centrale de Poissy (1894).

N° 2.

Jeune fille de 17 ans venue me consulter pour un abcès de la gencive.

La lèvre supérieure n'est nullement gonflée ; à l'examen je remarque que le gonflement de la gencive est occasionné par l'incisive centrale poussant obliquement au-dessus de l'incisive latérale; un coin seul de la dent apparaît en dessous de la gencive. A la place de cette incisive existe une dent surnuméraire ayant presque la forme d'une prémolaire; en arrière de l'incisive centrale droite existe une autre dent de forme conoïde.

N° 3.

Jeune homme de 23 à 24 ans venu me trouver pour l'extraction de la 1re molaire supérieure droite.

La bouche est dans l'état suivant : la canine supérieure droite est située au-dessus et entre les incisives latérale et centrale du même côté, la racine de la dent temporaire est encore en place.

L'incisive latérale gauche en arrière de l'incisive centrale. Ces deux dents ont été cassées d'un coup de poing dans une rixe.

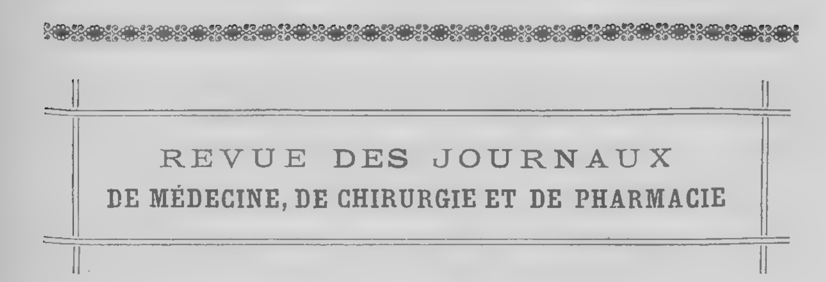
N° 4.

Jeune fille de 20 ans.

Rétroversion des deux incisives latérales et de la 2e prémolaire gauche.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
De Marion.



REVUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — Epithélioma de la langue. — Longueur d'évolution.

M. Bodin parle *à la Société médicale d'Indre-et-Loire*, d'un malade atteint d'un épithélioma de la langue. Ce malade, âgé de 77 ans, présente une langue énorme, séparée du plancher buccal par un repli œdémateux, prenant l'aspect d'une seconde langue ; l'amygdale droite est envahie, le plancher buccal est fortement induré, les ganglions de la région maxillaire droite sont soudés et constituent une masse mamelonnée, tandis qu'à gauche ils sont durs et mobiles. Peu de douleurs, pas d'hémorrhagies. La tumeur remonte à trois ans. Ce néoplasme a évolué avec une extrême lenteur, laissant l'état général bon, ce qui à cet âge est assez fréquent, témoin deux autres tumeurs du même ordre histologique présentées par le même auteur, l'une au niveau du grand pectoral (dont le début remonte à 14 ans),l'autre dans la région orbitaire (le début remontant à trois ans).

II. — L'antisepsie en chirurgie dentaire.

Dans un long article *du Progrès médical Belge*, M. L. Quintin passe en revue les diverses méthodes employées et les divers instruments de pratique courante exigeant une antisepsie rigoureuse et rapide. Selon lui, les précelles, la sonde, les excavateurs et les instruments à nettoyer les clamps doivent être immergés dans une solution de formol à 1/100 puis flambés ; les fraises doivent être trempées dans une solution de formol, puis passées à l'alcool et déposées sous une cloche porte-fraise, cloche sous laquelle on a soin de déposer du *trioxyméthylène*, la trempe de l'acier ne permettant pas le flambage de ces dernières.

Pour les seringues M. Quintin recommande de les rincer avec l'eau oxygénée au 50°/oo, les verres seront passés à l'eau bouillante ; quant aux têtières ou brassières du fauteuil, les serviettes en papier stérilisé devront être seules employées.

III. — A propos de la guerre du Transvaal.

On vient une fois de plus de faire des rapprochements sur la gravité des blessures de guerre. Les blessures du crâne et du cerveau tiennent, paraît-il, par ordre de gravité la première ligne. La plupart des blessés à la tête restent sur le champ de bataille ; les lésions de la base du crâne présentent toujours moins de chance de survie à cause de la méningo-encéphalite consécutive. Les blessures de la face au contraire ont un pronostic plus bénin, elles provoquent rarement des troubles de l'encéphale.

IV. — Absence de dents, signe d'hérédo-syphilis.

M. Fournier. — Voici un jeune garçon qui est un type d'hérédo-syphilitique : il est chétif, il a eu des convulsions dans son enfance, il présente de l'infantilisme, il a le teint plombé, des déformations tibiales caractéristiques, etc. Mais le point sur lequel je veux insister, c'est qu'il y a chez lui absence des deux incisives supérieures latérales. En étudiant les observations d'hérédo-syphilis on voit que, dans un grand nombre de cas, il y a absence d'une, de deux, trois, quelquefois même quatre dents. J'estime donc qu'on ne doit pas rechercher seulement les anomalies de forme, de direction, de structure, mais qu'il faut tenir également compte de l'absence de certaines dents, comme stigmate d'hérédo-syphilis.

(*Société franç., de dermat. et de syphiligr.*)

V. — Le scorbut.

M. le Dr *A. Hébert* étudie, dans la *Revue médicale de Normandie*, un cas remarquable de scorbut, dont il tire les conclusions suivantes :

1° La privation de végétaux verts peut, à elle seule, déterminer le scorbut, comme l'a indiqué, le premier, Bachstrom, car les causes adjuvantes signalées par les auteurs : froid humide, confinement, surmenage, chagrins, alcoolisme, etc., ont une influence insignifiante dans l'apparition de la maladie. D'autre part, le traitement général consistant seulement dans l'usage de légumes frais et de fruits peut suffire pour amener la guérison ;

2° Le jus de citron n'est pas un spécifique contre la gingivite scorbutique, et là, comme dans beaucoup d'autres ulcérations buccales, la stomatite ulcéro-membraneuse en particulier, la teinture d'iode peut donner d'excellents résultats.

(*Semaine médicale*).

VI. — Collutoire contre les aphtes.

Borate de soude		3 grammes.
Salicylate de soude		5 —
Teinture de myrrhe		4 —
Sirop de mûres	} àà	15 —
Eau distillée		

(*Indép. méd.*).

VII. — Rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle.

Notre confrère M. Loup met au point, dans le *Progrès médical*, la question du mercure et de ses effets sialogues.

L'auteur, après avoir montré que toutes les bouches ne sont pas également tolérantes, que cette tolérance est due à une certaine disposition du malade lui-même à l'absorption du médicament, arrive à cette conclusion qu'il n'existe pas plus de stomatite ou de gingivite mercurielle qu'il n'existe de stomatite ou de gingivite plombique ou autre, que les manifestations inflammatoires sont dues dans tous les cas à la malpropreté buccale. La stomatit mercurielle, comme toutes les stomatites, éclate sous l'influence de la flore microbienne de la bouche mal entretenue.

Quant à la contagion, elle se produit par contact direct, par le baiser, la cohabitation, et ce sont les microbes de la bouche qui contaminent et non le mercure. M. Loup, dont je regrette de ne pouvoir plus longuement analyser l'article si bien conçu, si concluant et si net, termine en recommandant le nettoyage soigné des dents, l'obturation des caries des personnes qui doivent subir le traitement mercuriel. Une poudre ainsi formulée leur sera recommandée :

Carbonate de chaux pulvérisé	20 grammes.
Salol	2 —
Magnésie calcinée	6 —
Chlorate de potasse	2 —
Anis pulvérisé	1 —

En outre des bains de bouche matin et soir seront ordonnés pendant cinq minutes.

Sozoiodol de zinc	25 grammes.
Eau distillée	250 —

et une cuillerée à dessert dans un demi-litre d'eau bouillie.

Chlorate de potasse	4 grammes.
Potion gommeuse	125 —

sera donnée à l'intérieur pendant les premiers jours du traitement.

La question de la stomatite mercurielle est donc à cette heure mise au point; constatons en passant que c'est grâce à l'un des membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris. Remarquons

que MM. Richard-Chauvin et Papot, dans une communication au Congrès dentaire de 1889, avaient traité de la gingivite et étaient arrivés eux aussi à la conclusion que cette affectation est une seule et même origine.

VIII. — Malformations dentaires et hérédo-syphilis.

M. Galippe lit à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie une note sur l'importance des malformations dentaires comme signe d'hérédo-syphilis. Pour lui : 1° il n'existe aucune malformation dentaire caractéristique de l'hérédo-syphilis ; 2° l'hérédité est le facteur essentiel de ces malformations.

La dent d'Hutchinson est d'une excessive rareté, si tant est qu'elle existe. Toutes les anomalies de position, de forme ou d'évolution correspondent toujours à des anomalies de structure histologique. Quant à la dent dite en tournevis, elle ne diffère pas notablement de certaines dents normales, car il faut savoir que les dents sont extrêmement variables suivant les races et les individus. En résumé, toutes les dystrophies dentaires qu'on a données comme propres à l'hérédo-syphilis peuvent se rencontrer dans tous les états de dégénérescence, quelle que soit leur cause.

IX. — Chancre du palais.

M. Georges Baudouin montre un malade qui est atteint d'une lésion érosive du voile du palais, immédiatement au-dessous de son bord libre du côté droit. Elle aurait débuté, il y a trois semaines environ, par un petit bouton dont le développement aurait rapidement atteint les dimensions actuelles, qui égalent celles d'une pièce de cinq francs. Aujourd'hui cette lésion se montre sous la forme d'une large érosion irrégulièrement ovalaire, à fond plat recouvert d'un enduit grisâtre et dont le bord n'est ni saillant ni déprimé. Autour, la muqueuse est rouge et enflammée, et au-dessous, la lésion est le siège d'une infiltration qui semble caractéristique. Sous l'angle de la mâchoire du même côté on sent un gros ganglion. Le malade se plaint vivement des douleurs vives qui accompagnent les phénomènes de déglutition et de la difficulté qu'il éprouve à s'alimenter. Sans s'arrêter à ce dernier phénomène, qui tient exclusivement à la localisation de la lésion, on peut croire avoir affaire à un chancre spécifique, en raison même des caractères objectifs.

Les accidents primitifs de cette région sont les plus rares de tous les chancres extra-génitaux, car M. Fournier, dans ses stastistiques, en relève seulement deux au niveau du palais et un seul sur le voile.

(*Société Française de dermatologie.*)

Ch. Ch.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE.

Abbott (Jared T.) [1824-1899] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 806. — **Abraham**. Hypnostismus und suggestion. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 193-209. — **Alleged** (An) death under nitrous oxide. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1899, xlii, 691-692. — **Artigas** (F. P.) Consejo à las madres. *Ibid :* 482-484. — **Austin** (Aaron M.) [1840-1899] (Obituary.) Dental Cosmos. Phila., 1899, xli, 808. — **Aykroyd** (B. A.) Economics in relation to dentistry. Dominion Dent. J. Toronto, 1899, xi, 263-268. — **Banks**. Three cases of disease of the jaws. Liverpool M.-Chir. J., 1899, xix, 335. — **Baumgarten** (E.) Gégescleroma ritkább esete. [A rare case of throat scleroma.] Orvosi hetil., Budapest, 1899, xliii, 365. — **Benjamins** (C. E.) Een struma op den wortel van de tong. Nederl. Tijdschir. v. Geneesk., Amst., 1899, 2. R., xxxv, d. 2., 194-210. — **Blake** (A. E.) Conservative root-canal treatment. Pacific Med.-Dent. Gaz., San Fran., 1899, vii, 518-522. — **Blank** (L.) [On first dentition.] Odont. obozr., Mosk., 1899, i, 183-187. — La Boca y los dientes humanos. Correo Internac. Odont., Madrid, 1898-9, iv, 1697-1702. — **Brady** (Freeman.) [1833-1899.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 809. — **Briddon** (C. H.) Carcinoma of the parotid gland. Ann. Surg., Phila., 1899, xxx, 219. — **Brodtbeck** (A.) Suggerirte Narkosen vermittelst Aethyl-Chlorid, für zahnärztliche Praxis. Wien. Zahnärztl. Monatsschr., 1899, i, 331-343. — Weitere Beiträge uber suggerirte Narkosen. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnk., Basel, 1899, ix, 215-221. — **Brophy** [Treatment of the antrum of Highmore.] Tr. Nat. Dent. Ass. 1898, Phila., 1899, ii, 146-157. **Brubaker** (A. P.) The neuron conception as a means of interpreting reflex disorders due to dental irritation. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 493-504, — **Bulkley** (L. D.) Manifestations of syphilis in the mouth. Tr. N. York Odont. Soc. 1898, Phila., 1899, 11-26. — **Cabeca** (C.) Tumor de la boveda palatina. Med. contemp., Lisb., 1899. xvii, 249, — **Carpenter** (G. T.) Persistent pyorrhea ; some points on its etiology, pathology and treatment. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, xxxiii, 393-395. — Some points on the etiology, pathology and treatment of persistent pyorrhea. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 404-409. — **Cassidy** (J. S.) Local anesthetics. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 831-834. — **Caush** (D. E.) Method of prolonging nitrous oxide anæsthesia by means of a special gas. Dent Rec., Lond., 1899, xix, 357. — **Chapple** (J. A.) Dental education from a college standpoint. Tr. Nat. Dent. Ass. 1898, Phila., 1899, ii, 146 157. — **Christ** (J.) Affezione sifilitica primaria o insulto meccanico ? Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 237-242. — **Chudovszky** (M.) A nyelv gûmöje [Tuberculosis of the tongue,] Orvosi hetil., Budapest, 899, xliii, 183 ; 197 ; 284 ; 341. — **Cockburn** (J.) Some practical uses of fusible metal. Brit. J.

Dent. Sc., Lond.. 1899, xlii, 625.633. — **Coeker** (A.) Prolongation of nitrous oxide anæsthesia by Coxon's tube. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1899, xx, 425. — **Collins** (E.) The condition and prospects of dentistry in England. Items Interest. N. Y., 1899, xxi, 574-577. — **Condit** (A. S.) The construction of partial dentures combining the plate and bridge. Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 750-753. — **Councell** (E. A.) Notes on regulation and retention appliances. Dental Rec., Lond., 1899, xix, 309-316. — **Coysh** (T. A.) The treatment of pulpes and pulpless teeth. J. Brit. Dent. Ass, Lond., 1899, xx, 409-421. — **Croscup** (H. C.) Dentistry in the army. Items Interest. N. Y., 1899, xxi, 556-558. — **Custer** (L. E.) Un nuovo metodo per fondere il platino. Gior. di corrisp. p. dentisti. Milano, 1899, xxviii. 248-250. — **Dagilaiski** (V.) [Orbital phlegmon of dental origin.] Ejened jour. « Prakt. med. », St. Petersb., 1899, vi, 478-483. — **Dental** law of Indiana. Dental Cosmos, Phila.. 1899, xli, 809-813. — **Dentistica** (La) antigua. Rev. dental amer., Phila., 1899, vii, 140-145. — **Dieck**. Otturamento dei denti con amalgama. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 201-204. — **Dill** (T.) Altes und Neues über Kronen und Brückenarbeiten. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnh., Basel, 1899, ix, 231-235. — Kombinirte Kristall-Blattgold-Füllungen. *Ibid*: 227-231. — **Diviani** (E.) I tumori della ghiandola sottomascellare. Rev. veneta di sc. med., Venezia, 1899, xxx. 510, xxxi, 3, 1 pl. — **Donations** to the Army Medical Museum. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 569-571. — **Ellsworth** (Albert H.) [1822-1899] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 807. — **Engberg** (L.) Pyorrhea alveolaris. Rev. med. dent. mex., Mexico, 1899, ii, 453-458. **Falero** (J.) Gingivitis fagedénica contagiosa. *Ibid*: 473-477. — **Fillebrown** (T.) The value of organization. Tr. Nat. Dent. Ass, 1898, Phila., 1899, 71-78. — **Flagg** (J. F.) Review of the work of Prof. Greene V. Black. Pacific Med.-Dent. Gaz., San Fran., 1899, vii, 513-517. — **Fletcher** (M. H.) Periosteal caries from bacterial origin. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 369-379. — **Fort** (A. K.) Bacteriology and oral hygiene. Tr. Nat. Dent. Ass., 1898, Phila. 1899, ii. 318-330. — A review of Dr. Williams's paper, « A contribution to the bacteriology of the human mouth. » Dental Cosmos, Phila., 1899. xli, 735-743. — **Fractures** of the jaw. Dental Rec., Lond., 1899, xix, 316-325. — **Freeman** (S.) Pressure anesthesia. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 572-574. — **Freudenthal** (W.) Osteo-Sarkom der Nase und des Oberkiefers. N. Yorker med. Monatschr., 1899, xi. 346. — **Fricke**. Ueber die Adolph Witzel'schen Kuppel-Füllungen. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 230-235. — **Fuchs** (T.) Zähne und Nervensystem. Wien. Zahnärztl. Monastschr.. 1899, i, 344-357. — **Gallaudet** (B. B.) Sarcoma of the upper jaw. Ann. Surg., Phila., 1899, xxx, 225-229. — **Goadby** (K. W.) Micro-organisms in dental caries. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1899, xlii, 721-732. — **Griffiths** (G. W.) A rare abnormality of the mouth. Brit. M. J., Lond., 1899, ii, 273. — **Gruter**. Ein Regulirungsfall. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnk., Basel, 1899, ix, 225-227. — **Guilford** (S. H.) Physiology and dynamics of tooth movement. Tr. N, York Odont. Soc. 1898, Phila., 1899, 53-67. — Dental education, literature and nomenclature. Tr. Nat. Dent. Ass. 1898, Phila., 1899, ii, 88-90. — **Hagey** (J. W.) Root filling. Dominion Dent. J., Toronto, 1899, xi. 258-260. — **Hamilton** (H. D.) Cyst of the epiglottis. Montreal M. J., 1899, xxviii, 602. — **Harlan**. Pyorrhea alveolaris, with some notes from the practice of the author. Tr. N. York Odont. Soc. 1898, Phila., 1899, 28-40. — **Harrington** (Daniel G.) [1832-1899.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 808. — **Henderson** (Y.) Metabolism in the submaxillary gland during rest and activity. Am. J. Physiol.. Bost., 1899-1900, iii, 19-25. — **Hill** (W. B.) The therapeutics of inflammation Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 416-419. — **Hirschbruch**. Die Behandlung der Periostitis dentis durch Beriese-

lung mit Antisepticis. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 225-229. — **Hirschbruch** (P.) Cura della polpa necrotica non infetta mediante il chinosolo. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 253-255. — **Hodgkin** (J. B.) Are we punishing the right man? Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 511-517. — **Hrdlicka** (A.) Abnormalities of the teeth and their position. J. Psycho-Asthenics, Faribault, Minn., 1898-9, iii, 153-190. — **Huber** (A.) Lues hereditaria a szajpadlasnak szétsett gummas syphilidjével [Contagion of the palate with diffused syphilitic gummata.] Orvosi hetil., Budapest, 1899, xliii, 343. — **Hugo** (L. C. F.) Amalgam and gutta-percha in combination as a filling. Dental Cosmos, Phila., 1880. xli. 753-756. — **Jack** (L.) Ueber den Zusammenhang thermischer Reizungen der Zähne mit deren Behandlung. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 240-248. — **Jessen**. Die Verwendung der schiefen Ebene in der Zahnheilkunde. Gor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii. 210-224. — **Johnson** (C. N.) A few considerations in filling teeth. Dental Cosmos, Phila., 1899, xli. 729-734. — **Johnson** (H. H.) Trigeminus reflexes; causes and effects. Tr. Nat. Dent. Ass. 1898, Phila., 1899, ii. 372-381. — **Juett** (J. W.) The deciduous teeth; their uses and disuses. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 824-826. — **Kaposi** (M.) Actinomycosis regionis maxillae inf. et mammae dextrae; Besserung. Jahrb. d. Wien. k. k. Krankenanst. 1897, Wien u Leipz., 1899, vi, pt, ii, 87. — **Kelsey** (H. E.) The laws which govern the moving of the teeth in the alveoli. Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 759-762. — **Kiernan** (J. G.) The human face and jaws as a danger signal of systemic defect or disorder. Ohio Dent. J., Toledo. 1899, xix. 415. — **Kirchner**. Gabelförmiger Zerstäuber für Aethylchlorid mit Geblase. Deutsche Zahnärztl, Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 767. — **Knapp** (M. A.) An example in teeth regulation. Dental Cosmos. Phila., 1899, xli. 762-764. — **Knight** (G. W.) A method of pulp canal filling. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 552-554. — **Koerner** (H.) Einiges über das Auftreten der Caries bei Kindern während des schulpflichtgen Alters. Deutsche Monatschr. f. Zahnk., Leipz. 1899, xvii, 367-383. — **Koerner** (O.) A contribution to the technic of perforating the maxillary antrum, Arch. Otol., N. Y., 1899, xxviii, 142. — **Lanz** (P.) A case of tabes with unilateral atrophy of the tongue. Occidental M. Times, San Fran., 1899, xiii, 442. — **Less**. Resultate einer zahnärztlichen Untersuchung von Insassen der Provinzial Besserungs-Anstalt zu Konitz in Westpreussem. Zahnärztl. Wchnbl. Hamb. 1899 xiii, 50-52. — *Also:* Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 899, xxviii, 235-240. — **Levin** (E.) Weitere Mittheilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis Monatsch. f. prakt. Dermat., Hamb., 1899. xxix, 60-64. — **Lübeck** (L.) Un secondo caso di excementosi in un secondo molare superiore. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 200. — **McElhinney** (M. G.) Alveolar abscess of favorable prognosis. Dominion Dent. J., Toronto, 1899. xi, 260-262. — **M** (M.) Un caso de necrosis palatina. Rev med.-dent. mex., Mexico, 1899, ii, 484. — **Marshall** (J. S.) Infectious ulcerative stomatitis. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 397-40 . — **Miller**. Contributo all'otturamento dei denti con porcellana. Gior. di corrisp. p. dentisti. Milano, 1899, xxviii, 196-198. — **Mitchell** (W. H.) Three new regulating devices. Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 764. — **Moeser** (E.) Homogene Einlagen für Zahnfüllungen. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnk., Basel, 1899, ix, 221-224. — **Morelli** (K.) Angioma multiplex linguæ esete. Orvosi hetil., Budapest., 1899, xliii, 365. — **Morgenstern** (M.) Ueber Combinationsarbeiten an Mineral-Einlagen und leuchtfliessender Emaille. Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 707-709. — La nostra attuale conoscenza dei nervi della dentina. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 204-226. — **Müller** (E.) Das ungleiche Resultat der Resorption der Ober-und Unterkiefer nach Extraktion der Zähne und

die daraus resultirende Kreuzungsartikutation. Schweiz Virtljschr. f. Zahnk. Basel, 1899. ix, 199-214. **Mugnai** (A.) Estirpazione completa del ganglio di Gasser per nevralgia del trigemino. Policlin., Roma, 1899, vi, sez. chir., 285-289. — **Mnseo** (Un) antropologico. Rev. dental amer., Phila., 1899, vii, 1 0-149. — **Natzler**. Todesfall einige Tage nach Zahnextraction. Wien. Zahnärztl. Monatschr., 1899, i, 357-361. — **Noves** (F. B.) Epithelial structures in the peridental membrane. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 380-397. **Ottolengui**. Otturazioni in porcellana secondo Jenkings. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 245-248. — **Partsch**. Ueber Wurzelresection. Deutsche Monatschr. f. Zahnk., Leipz., 1899, xvii, 348-367, 1 pl. — Malattie dei denti e delle glandule linfatiche. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 193-196, — **Paton** (E. P), Some ulcers of the tongue. Hospital, Lond., 1899. xxvi, 345. — **Paunz** (M.) Fibroma tonsillæ esete. Orsovi hetil., Budapest, 1899, xliii, 343. — **Peck** (A. H.) The relative toxicity of cocain and eucain. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 410-415. — **Pertik** (O.) Carcinoma labii inferioris korboncztani készitménye. [Pathological products of . . . . .] Orvosi hetil., Budapest, 1899, xliii, 367. — **Phillipps** (W. C.) Some observations upon the sequelæ of adenoid or lymphoid tissue in the naso- and oro-pharynx. Dental Cosmos. Phila., 1899, xli, 743-750. — **Popoff** (N. M.) [Continuous contracture of muscles of mastication.] Nevrol. Vestnik, Kazan, 1899, vii, no. 2, 181-209. — **Pott** (R.) Die Mundfäule der Kinder und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche. München. med. Wchnschr., 1899, xlvi, 981-983. — **Price** (Edward G.) [1864-1899.] (Obituary.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 800. — **Pyorrhea** alveolaris. *Ibid:* 800. — **Reik** (H. O.) Disinfection of instruments. Dental Cosmos, Phila., 1899, xli, 756-759. **Respinge** (H. B.) Fibrom des Unterkiefers. J. f. Zahnheilk. Berl., 1899. xiv, no. 26. — **Richardson** (C. W.) Asthma as a reflex manifestation from abscess of the antrum. Laryngoscope, St. Louis, 1899, vii, 87-89. — **Ritter** (P.) Sulla trasmissione della stomatite ulcerosa e dell'afta epizootica nell'uoma. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 228-223. — **Robershaw** (M. H. A.) Qualche piccolo dettaglio in materia di orificazione. Gior. di. corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 234-237 — **Roemer**. Ueber die modernen Anschauungen über die kariöse Erkrankung der Zähne. Zahnärztl Wchnbl., Hamb., 1899, xiii. 26. — *Also :* Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 793-796. — **Rogers** (F. T.) The ethical advertiser. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 504-511. — **Rose** (H.) Continuous gum work. Brit. J. Dent. Sc. Lond. 1899, xlii, 673-679. — **Rose** (S. F.) A modification of Koch's balsam embedding process, as adapted by Weil. J. brit. Dent. Ass., Lond., 1899, xx, 421-425. — **Schadle** (J. E.) Accessory thyroid tumors at base of tongue. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, xxxiii, 386-388. — **Schaefer** (E.) Abnorme Zahnsteinbildung. Zahnkunst., Bresl., 1899, iii, no. 32. — **Scheppegrell** (W.) Mucocele of the maxillary sinus. Med. Rec., N. Y., 1899, lvi, 300-302. — **Schmidt** (C.) Die Sensibilität des Dentins. Zahnärztl. Wchnbl. Hamb., 1899, xiii, 25; 33; 41. — **Schreiter** (F.) Ueber die operative und prothetische Behandlung der Defecte und Difformitäten der äusseren Nase. Deutsche Monatschr. f. Zahnk., 1899, xvii, 383-392. — **Senn** (N.) Gunshot wound of inferior maxilla; fracture of bone and pseudarthrosis. Pacific M. J., San Fran., 1899, xlii, 463. — **Sigveland** (T.) Treatment of abscessed teeh. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 548-550. — **Smith** (A. H.) Heilprocesse in der Zahnpulpa. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 248-254. — **Smith** (B. H.) Removal of the dental pulp. Tr. Nat. Dent. Ass. 1898, Phla., 1899, ii, 98-115. — **Soderberg** (T.) Bacillus gangrænæ pulpæ (Arkövv.) Dental Cosmos, Phila., 1899, xvi, 766-770. —



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

NOTE SUR L'ARRÊT DE LA COUR D'ORLÉANS DU 11 NOVEMBRE 1899.

Le numéro de *L'Odontologie* du 30 décembre 1899 (p. 569) a donné le texte d'un arrêt de la *Cour d'Orléans* du 11 novembre 1899 (Aff. V... c. B...), qui renvoie dos à dos les deux parties. Il convient de revenir en quelques mots sur ce procès.

V..., entré en 1895 comme premier opérateur chez B..., dentiste, avait été congédié en 1899.

Il s'était, engagé par traité en 1895, au cas où il quitterait son patron, à ne pas pratiquer l'art dentaire dans le *Loiret* pendant cinq ans. Une fois congédié, il pensa que ses engagements antérieurs ne tenaient plus debout et s'établit pour son compte à *Orléans* même.

De son côté, B..., fort des conventions écrites, assigna V..., en fermeture de son établissement et en dommages-intérêts ; à quoi V... répliqua en réclamant une indemnité pour renvoi intempestif, et, sur l'appel, il alla jusqu'à exciper de la nullité même du traité qui servait de base à la demande originaire.

La Cour, considérant qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892 nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de *docteur en médecine* ou de *chirurgien-dentiste*, à moins qu'il ne justifie avoir été inscrit sur le rôle des patentes à la date du 1[er] janvier 1892, et constatant que V... n'était point dans les conditions énumérées par cette loi lorsque B... l'avait engagé, en conclut que le traité était radicalement nul, nul dans toutes ses parties, d'une nullité d'ordre public, et qu'il ne pouvait dès lors servir de base ni à l'interdiction d'exercer la profession, ni à l'obtention d'une indemnité de la part de l'un ou de l'autre des plaideurs, et elle a infirmé le jugement du *tribunal civil d'Orléans*, du 19 juillet 1899.

La question ainsi résolue par la *Cour d'Orléans* n'est pas neuve. Elle avait été tranchée déjà par la *Cour de Rennes* (arrêt du 6 décembre 1894), qui décide que celui qui s'engage à exécuter pour un dentiste, dans l'atelier ou dans le cabinet de ce dernier ou ailleurs, tous les travaux concernant la prothèse dentaire, ainsi que les opéra-

tions de dentisterie, — dès lors qu'au moment où il a pris cet engagement, il ne remplissait pas les conditions exigées par la loi, — contracte une obligation dont la cause est illicite, et que le traité qui en est la suite est affecté d'une nullité radicale, qui permet à l'autre partie d'en demander et d'en faire prononcer l'annulation.

La *Cour de cassation*, à son tour, a définitivement tranché la difficulté par décisions du 19 novembre 1895 (*Dalloz*, 1896, 1,300) et du 3 décembre 1895 (*Le Droit*, 8 décembre 1895).

De ces décisions, dont l'autorité est nécessairement considérable, il convient de rapprocher aussi l'arrêt rendu par la *Cour de Paris* (4[e] Ch.), le 22 décembre 1899, dans un procès engagé contre M. L... par le *Syndicat des chirurgiens-dentistes* (V. *L'Odontologie*, 30 déc. 1899, 576).

Aux termes de cette décision, « ceux-là seuls qui ont obtenu le diplôme de *chirurgien-dentiste* ont le droit de prendre ce titre, et la situation de fait, réservée transitoirement par l'article 32 de la *loi de* 1892 aux dentistes inscrits au rôle des patentes du 1[er] janvier 1892, ne saurait équivaloir au diplôme lui-même ».

Comme le dit nettement le jugement du *Tribunal civil de la Seine*, du 10 novembre 1896 (*Dalloz*, 1896, 2,492), précisément dans la même affaire L..., « si, à titre de disposition transitoire et pour respecter le principe de la non-rétroactivité des lois, la *loi de* 1892 reconnaît le droit d'exercer l'art dentaire à tout dentiste justifiant son inscription au rôle des patentes au 1[er] janvier 1892, il résulte clairement du texte de cette loi qu'elle a entendu faire une distinction entre les *dentistes diplômés*, auxquels elle confère le titre de *chirurgien-dentiste*, et les *dentistes* autorisés temporairement à continuer l'exercice de leur profession », distinction qui résulte également de la façon la plus nette du *Décret d'administration publique du* 25 *juillet* 1893 (art. 6).

Au surplus, la distinction n'est pas purement nominale et l'on conçoit dès lors l'intérêt qu'il y a, à cette heure, à ce que les *dentistes non diplômés* ne puissent porter le titre de *chirurgien-dentiste*, puisque seuls les *chirurgiens-dentistes* ont, de par la loi, le droit de pratiquer l'anesthésie, tandis que les *dentistes non diplômés* ne le peuvent faire qu'avec l'assistance d'un *médecin* (V. *L'Odontologie*, 1897, p. 122 et 264).

Est-ce à dire, cependant, que l'usurpation du titre de *chirurgien-dentiste* par un *dentiste non diplômé* doive tomber sous l'application de l'article 19, § 2 de la *loi de* 1892 et être réprimée pénalement ? Tel n'est pas, à coup sûr, notre sentiment. La loi est la loi ; en matière pénale, les interprétations restrictives, étroites, judaïques, sont seules autorisées, et, l'article 19, § 2 ne parlant que de l'usurpation du titre de *dentiste*, il en faut conclure, avec la presque unanimité de

la *Doctrine*, que par ces expressions le législateur a voulu protéger également tous les praticiens, *diplômés* comme *patentés*, contre les individus, *non diplômés ni patentés*, qui prendraient indûment le titre.

En l'absence d'un texte réprimant formellement l'usurpation du seul titre de *chirurgien-dentiste*, une poursuite correctionnelle ne saurait donc aboutir, puisqu'encore une fois, il n'est pas permis d'étendre des dispositions pénales par voie d'analogie, — et l'on n'a d'autre ressource que de procéder par les voies civiles. C'est, du reste, ce qui a été fait dans l'affaire L...

Le *Répertoire général alphabétique du Droit français* (V. *Dentiste*, n° 155) l'observe avec beaucoup de justesse : si l'article 2 de la *loi de* 1892 a créé le titre de *chirurgien-dentiste*, l'article 19, § 2 punit l'usurpation du titre de *dentiste*.

D'où vient cette différence de rédaction, dont il n'est pas possible, *en droit*, de ne pas tenir un juste compte ? Probablement de la rapidité avec laquelle se font les lois aujourd'hui. Le projet primitif de l'article 2 portait simplement le mot : *dentiste*.

Sur un amendement de M. O..., la *Commission du Sénat* y substitua l'expression : *chirurgien-dentiste*. Et quand on en vint à la discussion de l'article 19, § 2, on négligea de faire subir au texte la même modification qu'à l'article 2.

Moralité : il convient de ne procéder à la rédaction des lois, fût-ce dans un *Sénat*, qu'avec une sage lenteur !

Quoi qu'il en soit, étant donné cet état de la *Jurisprudence*, nous nous expliquons difficilement l'arrêt de la *Cour de Limoges*, précédemment rapporté dans *L'Odontologie* (1899, p. 475).

Une dame Vve C..., poursuivie pour exercice illégal de l'art dentaire et usurpation du titre de *chirurgien-dentiste*, après avoir été condamnée en première instance à 16 francs d'amende, aurait été acquittée en appel. S'il faut en croire l'analyse qui a seule été donnée de cette décision, dont on a même négligé d'indiquer la date, la Cour aurait reconnu à Mme C... le droit de s'intituler *chirurgien-dentiste*, parce que « ni dans le texte de la loi, ni dans les *travaux préparatoires*, il n'est question de *chirurgiens*, et que le législateur a seulement parlé de *dentistes* » ; et, d'autre part, quoique non munie de diplôme, Mme C..., établie dès avant 1892, « bénéficierait par là même de l'immunité accordée par la loi aux personnes qui, avant cette date, exerçaient déjà l'art dentaire ».

Nous ne pouvons, nous l'avouons, nous prononcer sur le mérite de cette décision, sans en connaître exactement les termes.

Que, dans le silence de la loi, la *Cour de Limoges* n'ait pas cru pouvoir aller jusqu'à condamner Mme C... pour avoir usurpé le titre de *chirurgien-dentiste*, cela s'explique à merveille, par les raisons mêmes que nous avons présentées plus haut.

Mais qu'elle ait été jusqu'à lui reconnaître, avec l'autorité qui s'attache à la chose définitivement jugée, le droit de se parer d'un titre qu'une loi nouvelle a créé en y attachant certaines prérogatives au profit d'une catégorie spécialement déterminée de praticiens, voilà qui est au moins invraisemblable, et nous pensons, si l'acquittement est sûr, que tout au moins on ne nous a pas fait connaître exactement les motifs qui ont déterminé la *Cour* à le prononcer.

De même, il n'est guère croyable que l'établissement de Mme C..., antérieur à 1892, ait suffi à lui permettre de s'abriter derrière l'article 32 de la *loi de* 1892.

Il n'est pas douteux pour nous que l'arrêt doit rappeler tous les éléments qui, d'après une jurisprudence désormais constante, rendent possible l'application de cet article 32, et doit décider qu'ils se trouvent réunis dans l'instance qui a été déférée à la Cour.

Mais attendons, encore une fois, pour nous prononcer en connaissance de cause, d'avoir lu le texte officiel.

F. W.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

Vœu du Congrès de Lyon.

La lettre suivante a été adressée par la préfecture de la Seine au président du Congrès dentaire national, en réponse à un vœu émis par le Congrès de Lyon en 1898.

DIRECTION
des
AFFAIRES DÉPARTEMENTALES
—
2e *Division.*
AFFAIRES MILITAIRES
—
1er Bureau.
Recrutement.

Préfecture de la Seine.

Paris, le 23 décembre 1899.

Monsieur le Président,

Le Congrès dentaire national a transmis à M. le Ministre de la Guerre un vœu émis par ses membres dans la session de Lyon en 1898, en vue d'obtenir que l'article 26 du décret du 23 novembre 1889 concernant les catégories de jeunes gens pouvant réclamer la dispense au titre des industries d'art soit complété par l'adjonction d'une des deux rubriques suivantes : « *Ouvriers fabriquant des appareils de précision ou de chirurgie dentaire* » ou mieux : « *Ouvriers mécaniciens-dentistes* ».

M. le Ministre de la Guerre me charge de vous faire connaître que, conformément à l'avis émis par le Comité consultatif des arts et manufactures, ce vœu ne lui a pas paru susceptible de recevoir une suite favorable.

Veuillez recevoir, etc...

Le Préfet de la Seine,
Pour le Préfet et par autorisation,
Le Directeur des affaires départementales.
Signature illisible.

Nous prions *instamment* ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *L'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires. Les nos suivants, sont particulièrement réclamés.

1882. Juillet.
1883. Novembre.
1886. Janvier.
1892. Janvier, décembre.
1893. Janvier, février, avril.
1894. Janvier, mars, mai.
1896. Avril.
1897. Janvier.
1898. 15 janvier, 15 février, 28 février, 15 mars.

L'Administration de L'ODONTOLOGIE

possédant des collections presque complètes depuis juin 1881, date de la fondation du journal, peut CEDER à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

EN VENTE AUX BUREAUX DE *L'ODONTOLOGIE*

Comptes-rendus du *Congrès Dentaire International*

Paris, 1889. 1 VOL. BROCHÉ (port en sus)..... 3 francs.

EN VENTE AUX BUREAUX DE *L'ODONTOLOGIE*

1er CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL. — BORDEAUX 1895

Comptes-rendus, 1 VOL. BROCHÉ..... **3 francs.**

EN VENTE AUX BUREAUX DE L'ODONTOLOGIE

2e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL. — NANCY, 1896

Comptes-rendus. 1 VOL. BROCHÉ............. **4 francs.**

EN VENTE AUX BUREAUX DE *L'ODONTOLOGIE*

3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL. — PARIS, 1898

Comptes-rendus. 1 VOL. BROCHÉ,

de 28 gravures intercalées dans le texte et de 9 planches tirées hors texte. Prix....... **4 francs.**



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

A PROPOS DE LA CONTRE-RÉCLAME

Il est beaucoup question depuis quelque temps de la contre-réclame à faire pour éclairer le public sur la valeur des promesses de nos puffistes professionnels. Les moyens proposés me semblent hasardeux, tout en devant coûter très cher, et je crois qu'on s'illusionne beaucoup si l'on compte trouver des armes dans l'arsenal même qui sert à ceux qu'on veut combattre.

Dans une question de ce genre il importe surtout d'éclairer le public, de l'instruire sur ce qu'il ignore. Tous mes confrères ont entendu comme moi les extraordinaires conceptions de bien des gens sur les dents et les maux dont elles sont le siège. Il faut donc faire l'éducation du public et lutter contre l'ignorance, car c'est elle qui est la peau d'âne sur laquelle frappe la baguette du charlatan. Pour ce faire je crois qu'un des moyens les plus puissants serait celui-ci : faire imprimer un petit opuscule de quelques pages, orné au besoin de gravures ou schémas, dans lequel, après quelques mots sur l'anatomie des organes dentaires, les soins hygiéniques et chirurgicaux à leur donner, l'importance de l'antisepsie buccale au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses, et l'utilité des appareils prothétiques, on mettrait en garde le public contre les réclames éhontées de certains puffistes qui, au moyen de promesses irréalisables, trompent d'audacieuse façon les gens trop confiants en leur faconde.

Ces opuscules porteraient en tête qu'ils sont édités par tels syndicats, sociétés ou associations, dont les noms et titres suivraient. Ils seraient délivrés à prix coûtant à tous les dentistes qui en feraient la demande ; ceux-ci pourraient en mettre dans leur salon d'attente, même en distribuer dans leur cabinet, ce qui leur éviterait souvent bien des explications techniques réclamées par leurs clients.

Les sociétés qui se chargeraient de la vente de cet opuscule pourraient établir un concours pour la composition de cet ouvrage, qui devrait être concis, clair et intéressant.

Il y aurait grand intérêt à ce que chaque dentiste en prît et en distribuât le plus possible, car ce petit ouvrage échappant à la vulgarité des réclames ordinaires, donnant des renseignements scientifiques qui répondraient au besoin universel de savoir que possède la grande masse du public, serait certainement lu par beaucoup de personnes, et je crois qu'au bout de quelques années bien des préjugés concernant les organes dentaires seraient dissipés.

Le prix de revient de cet opuscule, vu le grand tirage qu'on pourrait en faire, serait très minime et serait certainement moindre que n'importe quel autre genre de réclame, car au bout d'un certain temps cette contre-réclame scientifique permanente se glisserait partout, à la ville comme à la campagne.

Avant de faire imprimer, il faudrait, bien entendu, s'assurer un nombre suffisant d'adhérents, nombre qui ne pourrait que grossir avec le temps; chaque adhérent demanderait un nombre d'exemplaires qui pourrait varier de cent à plusieurs mille, ou bien souscrirait pour un abonnement de tant d'exemplaires par an.

Les sociétés qui auraient édité cet opuscule n'en faisant pas une affaire à bénéfice, chaque livraison serait payable comptant.

Je donne cette idée pour ce qu'elle peut valoir, parce que je la crois bonne et très pratiquement réalisable.

EMILE LONGUET.

J'ai l'honneur de faire partie du Comité chargé d'étudier les moyens de réagir contre la publicité tapageuse et trompeuse qui déconsidère notre profession et qui fait tant de dupes dans le public ignorant. Je serai heureux d'exposer et de défendre devant le Comité le moyen proposé par M. Longuet. Notre distingué collaborateur a développé et mis au point l'idée que j'émettais à l'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France du 13 décembre 1899, lorsque, invité à donner mon avis sur cette question, je déclarais: « Il ne convient pas de comprendre par le mot de *contre-réclame* autre chose que la diffusion, dans le public, des règles d'honorabilité et de probité professionnelles, en le mettant en garde contre les annonces trompeuses qui ne reposent sur aucune base scientifique. Ce but ne peut être atteint qu'au moyen d'une distribution de brochures contenant ces règles, ainsi que des notions d'hygiène buccale et dentaire. »

Tel qu'il est présenté maintenant, ce moyen constitue non seulement une œuvre de défense excellente pour les dentistes qui exercent honorablement, mais encore il peut rendre un service signalé au grand public qui ignore trop, hélas! les soins les plus élémentaires à donner à ses dents. Je tiens donc à féliciter bien vivement notre confrère de son projet, qui me paraît extrêmement pratique et qui, à ce titre, me semble appelé à réunir la majorité des suffrages de la Commission.

P. MARTINIER.





Dentistes pour éléphants.

Voilà une profession peu banale et bien digne de séduire ceux des élèves de nos écoles dentaires qui ne trouvent plus dans la vieille Europe le moyen d'utiliser leurs connaissances. Il est vrai qu'il faut aller jusqu'aux Indes pour l'exercer ; mais l'ennui d'un tel déplacement est largement compensé par la reconnaissance éternelle que émoigne un éléphant à celui qui l'a une fois débarrassé d'un *chicot* douloureux.

Un voyageur qui a longtemps voyagé aux Indes et qui a pu se rendre compte des immenses services qu'y rendent ces intelligents pachydermes, rapporte que le mal de dents se traduit chez eux par une douleur tellement intolérable qu'elle fait entrer en furie les plus doux d'entre ces infatigables et puissants travailleurs. C'est ici que les mots *rage de dents* deviennent d'une application rigoureusement exacte, et comme ce mal se produit souvent d'une façon subite, il occasionne parfois dans les chantiers des catastrophes épouvantables. On a vu des éléphants soudain frappés par ce mal terrible abandonner leur travail et courir affolés, en renversant tout sur leur passage et en faisant de véritables hécatombes de cornacs. Ces accidents spontanés ne sont pas faciles à prévoir ; mais il est bon, comme on le voit, de ne pas se trouver sur le chemin d'un éléphant dont les gencives sont malades.

Le voyageur auquel nous empruntons ces détails a eu l'occasion d'assister à l'intervention d'un dentiste dans un cas de ce genre. Epuisé par la douleur, l'éléphant s'était lourdement affalé sur le sol. Avec toutes sortes de précautions, l'opérateur s'approcha et commença à examiner la mâchoire du patient, afin de trouver la dent malade pour l'extraire avec toute la dextérité possible.

Tout d'abord on eut quelque peine à immobiliser le pauvre animal ; mais au bout d'un instant, comme s'il avait compris qu'on cherchait à le soulager, il se prêta à la circonstance avec une bonne grâce remarquable et, quand l'opération fut terminée, il manifesta sa joie en gambadant autour de son sauveur comme un agneau gambade autour de sa mère.

Le plaisir de causer une telle joie à un personnage de cette impor-

tance suffirait à motiver la vocation d'un dentiste pour éléphants. Avis aux amateurs.

(Extrait *des Lectures pour tous*).

Talma chirurgien-dentiste.

Les habitants de la petite commune de Poix (canton de Quesnoy-Est, département du Nord), dont la famille de Talma est originaire, ont l'intention d'élever un monument à leur concitoyen. Le père de Talma était chirurgien-dentiste à Paris. Des amis l'engagèrent à aller s'établir à Londres, où il trouva la fortune dans l'exercice de sa profession. Il engagea son fils à faire comme lui, et *Talma vint à Paris ébaucher les études chirurgicales nécessaires*. Bientôt après il se fit recevoir *dentiste* et ouvrit un salon où, pendant dix-huit mois, il arracha consciencieusement les dents.

(Gaz. méd. de Paris.)

Indiscrétion parlementaire.

Après la séance de l'autre jour où M. Pelletan faillit amener la chute du Ministère, le spirituel député a tenu, assure-t-on, le propos suivant dans les couloirs de la Chambre.

« J'ai pris le davier, j'ai saisi la dent, j'ai tiré; mais quand j'ai vu que la tête venait, j'ai tout lâché. »

Authentique.



Exposition de Médecine et de Chirurgie (classe 16).

Nous apprenons que M. le Dr Goldenstein expose à la classe 16, section de Médecine et de Chirurgie de l'Exposition internationale de 1900, un tableau très intéressant relatif à la *Pathologie buccale et naso-faciale* où se trouvent réunis un certain nombre de malades photographiés d'après nature et choisis parmi les cas les plus intéressants de nombreuses restaurations prothétiques qu'il a pratiquées dans sa longue carrière.

Deux exemplaires de ce tableau sont destinés à être offerts gracieusement par l'auteur, après l'Exposition, aux musées des deux Ecoles dentaires : l'Ecole odontotechnique et l'Ecole dentaire de Paris.

Ils serviront comme modèle d'enseignement au corps enseignant et aux élèves.

Il y sera annexé une publication contenant les observations des malades avec les simili-gravures d'après nature. (*Éditeur Germer-Baillière.*)

L'École dentaire de Paris adresse de vifs remerciements au donateur. Cette publication présentera évidemment un très grand intérêt.

A propos de conférences.

Nous avons dernièrement rendu compte d'une conférence faite par un de nos confrères à Perpignan. Nous apprenons qu'un autre de nos confrères, M. Foulon, de Chartres, a fait en 1898 et en 1899 à Pontgoin, sa ville natale, d'utiles conférences accompagnées de projections.

C'est là, croyons-nous, une excellente voie dans laquelle nos confrères feront bien de s'engager ; ils y trouveront honneur et considération, ce qui n'est pas à dédaigner, mais surtout et avant tout une bien douce récompense : le sentiment intime d'avoir accompli un devoir et de s'être rendu utiles.

Inutile d'ajouter que de semblables conférences exigent une préparation longue et minutieuse.

Notre profession ne peut que gagner à tous points de vue à ce que ses membres se montrent gens instruits et travailleurs.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? *No 85. — A. Où peut-on se procurer le masque du* Dr Darin *pour anesthésie au protoxyde d'azote dont il est parlé dans le numéro de* L'Odontologie *du 15 janvier* 1898 ?

B. *Où peut-on avoir des renseignements précis à ce sujet ?*

C. *Quelles sont les contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote par ce procédé ?* *R. V.*

☞ *Réponse.* — A. Le masque du Dr Darin se trouve chez M. Duflos, pharmacien producteur du protoxyde d'azote liquéfié — 8, rue Lafayette, Paris.

B. C. Lire la *Gazette odontologique*, mars 1888. Voir aussi *L'Odontologie*, 15 janvier 1898, page 17. Dr G.

Autre réponse. — Nous sommes prêts à fournir ce masque et à donner tous les renseignements nécessaires. C. Ash et fils.

? No 89. — *Où peut-on se procurer le caoutchouc pour le mode d'adhérence des plaques dentaires préconisé par M. le Dr Spyer ?* *J. L.*

☞ *Réponse.* — Ce caoutchouc dénommé « *adhésive Plates Spyer*'s » se trouve dans la maison Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, Paris.

V. S.

? No 95. — *Les travaux du Dr Bonwill suivants ont-ils été traduits en français ; et dans ce cas dans quelle publication ont-ils paru ?*

1° *Lois géométriques et mécaniques de l'articulation.*

2° *Nouvelle méthode de palais à crochets comparée au travail à pont.*

3° *L'articulation scientifique des dents humaines basée sur les lois géométriques, mathématiques et mécaniques.* (*Un abonné.*)

? No 104. — *Quelles sont les démarches que doivent faire les dentistes diplômés ayant accompli leurs trois années de service et qui veulent passer l'examen de médecin auxiliaire de réserve ? Dans ce cas combien font-ils de périodes de vingt-huit jours : 2 ou 3 ?* *M. G.*

☞ *Réponse.* — Pour ma part, j'ai fait trois années de suite des démarches dans ce sens auprès de l'autorité militaire et de la Faculté de médecine de Paris. C'est du mauvais vouloir de cette dernière que vient toute la difficulté à propos des 12 inscriptions que les candidats au grade de chirurgien-dentiste doivent prendre avant de subir leurs examens (lire attentivement le décret ministériel du 25 juillet 1893, art. 3). Je m'étais fait convoquer par l'autorité militaire de ma région pour subir l'examen de médecin auxiliaire de réserve, à la condition de fournir simplement une pièce justifiant de la possession de ces 12 inscriptions. Le Secrétaire de la Faculté de Paris s'est refusé cette pièce.

Cette question a fait, du reste, l'objet d'un vœu formulé au Congrès de Paris obstinément à me délivrer en 1897.

L. P.

P. S. Je me mets à la disposition de mon confrère M. G. pour tous les renseignements touchant cette question intéressante. L. P.

? N° 105. — *Un dentiste a-t-il le droit d'avoir plusieurs cabinets dans des villes différentes en ayant dans ces cabinets des opérateurs diplômés ?*

UN OPÉRO.

? N° 106. — 1° *L'air liquide a-t-il été employé par quelques-uns de nos confrères comme anesthésique local dans les extractions dentaires ?* 2° *Quels ont été les résultats ? N'y a-t-il pas eu de sphacèle ?* 3° *Où trouve-t-on l'air liquide ?*

E. D.

? N° 110. — *Où peut-on se procurer « la Cobaltine » préconisée par* M. Schwabsky *dans le n° du 30 décembre 1899, page 551 ?* *E. B.*

? N° 111. — *N'a-t-on pas construit autrefois des vulcanisateurs à air chaud en vue de les substituer aux vulcanisateurs actuels ?*

Sait-on les résultats de cette tentative, tant au point de vue de la prothèse que de la sécurité des mécaniciens ? G. B.

☞ Nous ne connaissons que les vulcanisateurs suivants : 1° celui de *Putnam*, qui était une simple marmite de Papin ; — 2° celui de *Withney*, qui était un vulcanisateur plus petit, mais dont la fermeture était obtenue à l'aide d'un pas de vis ; — 3° celui du *Dr Campbell*, qui présentait cette particularité que le moufle était placé dans une chambre occupant le centre du vulcanisateur, tandis que la chaleur obtenue par la vapeur se trouvait dans un compartiment qui entourait la chambre à moufle. Nous possédons d'ailleurs un de ces appareils dans nos magasins et nous le tenons à la disposition des personnes que cela peut intéresser. CONTENAU ET GODART.

? N° 112. — *Un mécanicien dentiste ne possédant pas les titres nécessaires pour suivre une scolarité régulière, mais désirant cependant devenir opérateur, peut-il être admis à l'Ecole Dentaire de Paris comme élève irrégulier pour y suivre la clinique et la dentisterie opératoire, et cela pendant un an seulement, c'est-à-dire en dernière année, naturellement sans avoir aucun droit aux examens de l'Ecole ?*

F. G.

☞ *Réponse.* — Pour être admis en 3e année à titre irrégulier, il faut justifier de cinq années de pratique et subir un examen constatant que le postulant est apte à suivre l'enseignement donné dans cette scolarité. Dans ces conditions, il pourrait se présenter à l'examen de fin d'année pour obtenir le diplôme de l'Ecole. E. P.

? N° 113. — 1° *Un étudiant dentiste qui désire se présenter à une session d'examens pour le diplôme, peut-il se faire inscrire par correspondance, ou doit-il aller, un mois avant chaque examen, s'inscrire en personne, et ainsi, faire exprès pour apposer sa signature, trois voyages longs et coûteux pour nous qui habitons le Midi, ce qui me paraîtrait du dernier arbitraire et aussi du dernier ridicule ?*

2° *Doit-il déposer les droits pour le diplôme en s'inscrivant pour le* 1er *examen ou en s'inscrivant pour le* 3e *?* R. L.

☞ *Réponse.* — On peut très bien, aux dates fixées, se faire inscrire par correspondance, pour chaque examen.

En ce cas, il est urgent, pour le premier, de faire au Secrétariat de la Faculté l'envoi de la *totalité* des pièces désignées, *aucun dossier n'étant constitué sans la production complète des pièces indiquées.*

Le versement des droits peut être effectué *soit à la caisse du Receveur des Droits universitaires, à Paris*, soit aux caisses *des Trésoriers généraux et des Receveurs des finances, dans les départements*, au moyen de bulletins de versement *délivrés* par le Secrétaire de la Faculté, *sur la demande* des intéressés.

Le droit pour le diplôme se paie avec les frais du 1er examen.

E. P.

? N° 114. — *Y a-t-il un ouvrage traitant de l'histoire de l'anesthésie ?*

R. V.

Diverses autres questions nous parviennent au dernier moment. Le manque de place nous force à en ajourner l'insertion à un prochain numéro.

E. P



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

L'organisation du Congrès dentaire international de 1900 se poursuit activement et dans les conditions les plus satisfaisantes.

La Commission d'organisation a choisi définitivement les locaux pour la tenue du Congrès. Ce sont, pour les assemblées générales et les séances théoriques, l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente ; pour les séances de démonstrations pratiques, les deux Ecoles dentaires de Paris, et pour l'Exposition un local qui sera aménagé en annexe à l'Ecole de la rue de la Tour-d'Auvergne. De plus, les séances d'ouverture et de clôture auront lieu au Palais des Congrès.

L'hôtel des Sociétés savantes, par sa situation à proximité de la Faculté de médecine, semble devoir être très commode pour les congressistes. Une salle spéciale, qui leur sera ouverte en permanence, servira, concurremment avec le Café-Restaurant de l'Hôtel, de quartier général. — La grande salle de l'Hôtel, aménagée à cet effet, permettra l'organisation de fêtes et de réceptions pendant la durée du Congrès.

L'administration s'est complétée par la constitution de deux comités : ceux de la Trésorerie et de la Presse.

Ce dernier, notamment, chargé des rapports avec les journaux avant et pendant le Congrès, assurera à notre assemblée du mois d'août l'importance qu'elle doit avoir pour la corporation.

Les adhésions, qui se produisent chaque jour en France, commencent à affluer de l'étranger. Le mouvement d'intérêt en faveur du Congrès s'y dessine de plus en plus nettement. De nouveaux Comités nationaux sont en formation en Italie, grâce au Concours du Dr Avanzi, de Vérone. Il en est de même en Autriche. On annonce aussi comme imminente la formation d'un Comité national hongrois. La Grèce paraît devoir aussi participer officiellement au Congrès.

Le concours de l'étranger semble donc assuré dans la plus large

mesure. Il s'affirme d'ailleurs également au point de vue scientifique par les offres de communications adressées aux sections chargées de préparer les travaux du Congrès.

La Commission d'organisation s'est efforcée, par des démarches auprès des pouvoirs constitués, de faciliter la venue des confrères de province et de l'étranger, en sollicitant des réductions sur les tarifs de transport. Ces démarches ont abouti pour la Compagnie transatlantique, qui consent une réduction de 10 0/0 ; quant aux autres, nous espérons que, malgré les abaissements de prix des billets accordés par mesure générale à l'occasion de l'Exposition, elles auront un résultat favorable.

Enfin l'agence des voyages pratiques, 9, rue de Rome, s'est mise à la disposition du Congrès pour les logements et a porté par voie de circulaire, à la connaissance des intéressés les conditions dans lesquelles elle pourrait assurer leur séjour.

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ CIVILE
DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 24 octobre 1899.

Présidence de M. Godon président, puis de M. Lemerle, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4.

Sont présents : MM. Billet, Bioux, d'Argent, Loup, Martinier, Meng, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau, Weber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon annonce le décès de Mme Borkowska, mère d'un membre de la Société, et le mariage de M. Schwartz fils. Des regrets sont exprimés à M. Borkowski et des félicitations adressées à M. Schwartz.

Il présente une demande d'admission formée par M. Tsakiris, de Sténimaka (Bulgarie), qui est admis.

Sur la proposition de *M. Papot*, le secrétaire général est chargé d'adresser, à chaque session, aux nouveaux diplômés une circulaire sollicitant leur adhésion à la Société.

M. Godon dépose des demandes de MM. N. et F. tendant à leur nomination comme architectes de l'école et donne lecture d'une lettre de M. Sauvez demandant l'autorisation de faire appel, par voie de circulaire, aux membres du corps enseignant pour assurer le succès du Congrès de 1900 (Accordé).

Il lit une lettre de M. Choquet relative à l'emploi du crédit de 200 francs demandé par ce dernier pour le laboratoire de bactériologie et payable 20 francs par mois et il fournit des explications complémentaires. Après observations de *MM. Martinier*, *Roy* et *Lemerle*, le crédit est voté.

Il annonce qu'un congrès de l'enseignement supérieur et un congrès de médecine professionnelle auront lieu en 1900 et signale l'utilité que l'Ecole aurait à y être représentée. A la suite d'observations de *MM. Roy*, *Lemerle* et *Martinier*, il est décidé que l'Ecole adhérera à ces congrès et MM. Godon et Roy sont délégués au 1er, MM. Sauvez et Roy au 2e.

M. Godon expose ensuite les avantages que l'Ecole retirerait de son adhésion à la Société pour l'avancement des sciences et à la Société des amis de l'Université. Sa proposition est prise en considération et renvoyée au bureau.

Il donne lecture d'une lettre de M. Bonnard relative à la remise de la bibliothèque à son successeur, M. de Marion, ainsi qu'une lettre par laquelle M. de Croes donne sa démission de bibliothécaire-adjoint. Une démarche sera faite auprès de lui pour en obtenir le retrait.

M. Martinier rend compte du cours de MM. Haskell et Yant et de l'achat de leurs instruments au prix de 300 francs voté par le bureau. Cette décision est ratifiée.

Il dépose sur le bureau la nouvelle brochure blanche et l'affiche annuelle.

Il fait part d'une demande de crédit présentée par M. Jullien en vue de l'achat d'un squelette pour son cours d'anatomie (Achat autorisé).

Il signale les irrégularités de présence des professeurs aux examens d'octobre. Des observations sont présentées à ce sujet par *MM. Papot* et *Roy*.

Sur le rapport de *M. Viau*, au nom du jury de concours, M. Cecconi est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de prothèse.

M. Papot fait connaître que des prix sont offerts, pour la réouverture des cours, par MM. le Préfet de la Seine, Ash, Mamelzer, Ott, Reymond et Simon. Des remerciements sont votés aux donateurs.

Le rapport de *M. Weber* sur le résultat des examens d'octobre est adopté, après observations de *MM. Roy*, *Martinier* et *Lemerle*.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, le Dr Monnet est nommé professeur titulaire.

M. Lemerle donne lecture d'une proposition de M. Roy relative aux peines disciplinaires (Adopté et renvoyé à l'assemblée générale).

Il communique une lettre de M. Pélissier, qui est nommé préparateur du cours de chimie, sur sa demande.

Sur sa proposition, formulée au nom de la Commission d'enseignement, MM. Tireau, Paul Roger, Staviski et A. Ronnet sont nommés démonstrateurs et MM. Blatter et Collard aides de clinique pour un an.

Il est décidé que le règlement des aides de clinique sera autographié et envoyé aux professeurs et chefs de clinique.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, M. X. n'est pas réinvesti de ses fonctions de démonstrateur.

Sur sa proposition également et après diverses observations de *MM. Martinier*, *Roy*, *Meng* et *Stévenin*, il est décidé d'établir un dossier secret spécial chaque membre du corps enseignant.

Une proposition de *M. Godon*, relative à la transformation en jetons de présence de l'indemnité des professeurs et adoptée par la Commission d'enseignement, est prise en considération et renvoyée au Trésorier pour rapport à la prochaine séance, à la suite d'observations de *MM. d'Argent*, *Godon* et *Roy*.

M. Lemerle annonce que des collections ont été offertes au Musée par Mme Delalain et M. Michaëls. Des remerciements sont votés aux donateurs.

M. Viau fait connaître que la décoration de M. Godon sera fêtée le 29 octobre dans un banquet auquel il invite ce dernier au nom de l'Ecole. *M. d'Argent* joint son invitation à celle de M. Viau, au nom de l'Association.

Sur une observation de *M. d'Argent*, il est entendu que les droits de 500 fr. ne seront exigés que des élèves *nouveaux*.

Diverses propositions sont formulées par M. Godon à l'égard de la réouverture.

Après observations de *MM. Roy*, *Godon*, *Viau*, *Sauvez*, *d'Argent* et *Stévenin*, ces propositions sont prises en considération. MM. Richard-Chauvin, Roy et De Gennes sont proposés pour la conférence ; mais le bureau est chargé de la désignation du conférencier.

M. Godon expose le projet de construction des salles de prothèse, de transfèrement de la bibliothèque et de la salle de démonstrations et d'agrandisse- de la salle d'attente des malades et communique les devis et plans.

Après observations de *MM. Meng*, *Lemerle*, *d'Argent* et *Roy*, un crédit de 500 francs est voté pour le déplacement de la bibliothèque, le projet est approuvé et le bureau autorisé à faire commencer les travaux tout de suite.

M. Lemerle remplace M. Godon à la présidence.

M. Papot donne lecture d'une lettre de démission de M. Berthaux, de Soissons. Il sera proposé à l'assemblée générale de le nommer membre honoraire.

Sur la proposition de M. Stévenin, et après observations de *MM. Meng*, *Roy*, et *Lemerle*, il est décidé de ne pas donner suite à la plainte de M. A. contre M. R., à cause des difficultés de la poursuite, mais d'aviser des faits le consul français.

Sur sa proposition également, M. Hyarikoff de Philippopoli, est admis dans la Société.

M. Sauvez fait connaître que quarante-neuf lettres ont été écrites par le secrétariat général depuis la dernière séance.

On aborde la discussion du rapport de MM. Martinier et Sauvez sur l'admission des malades. *MM. Roy*, *Lemerle*, *Martinier*, *Stévenin*, *Sauvez*, *Papot*, *Viau*, *d'Argent* et *Weber* y prennent part. Diverses modifications sont proposées et adoptées et l'ensemble est approuvé.

Une proposition de M. Roy tendant à ce qu'un chef de clinique fasse des cours préparatoires est renvoyée à la Commission d'enseignement.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

Séance du 14 *novembre* 1899.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, Loup, de Marion, Martinier, Meng, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau, Weber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, M. Staviski est nommé démonstrateur, mais sa nomination, ainsi que celle de tous les nouveaux membres étrangers du corps enseignant, ne pourra être définitive qu'après accomplissement des formalités exigées par le gouvernement.

Après diverses observations de *MM. Stévenin*, *de Marion*, *Roy*, *Godon* et *Lemerle*, M. le secrétaire général est invité à écrire à M. de Croes pour le remercier de ses services et le prier de retirer sa démission de bibliothécaire adjoint.

M. Godon annonce la mort de M. Wachonrue et de Mme Sorlin. Des regrets seront exprimés aux familles des défunts.

MM. le Dr Cros, 11, rue de la Promenade, Agde ; Berthony, du Caire ; Spyer, 14, rue Lord Byron, Paris, sont admis dans la Société sur les propositions respectives de *MM. Godon*, *Papot*, *Stévenin*, au nom du Conseil de famille.

Une plainte formée par M. C..., contre M. R..., est renvoyée au Conseil de famille.

Sur la proposition de *M. Papot*, et après observations de *MM. Weber*, *Stévenin*, *Lemerle* et *Loup*, M. de Kock et Mlle Schmit sont autorisés à suivre les cours de deuxième année et admis en troisième année et d'une manière générale, les élèves susceptibles d'entrer en troisième année comme pourvus des diplômes d'Etat français ou étrangers pourront être inscrits en première ou en deuxième année sans être tenus de passer les examens de fin de première ou de deuxième année.

M. Godon donne lecture d'une demande de bourse formée par M. C..., qui est renvoyée à la Commission scolaire, et propose d'accorder un nombre déterminé de bourses par cent élèves aux fils de dentistes ou de mécaniciens. Après observations de *MM. d'Argent*, *Stévenin*, *Roy*, *Godon* et *Loup*, cette proposition est renvoyée à la Commission scolaire.

Une première inscription gratuite et provisoire sera délivrée à M. C...

M. Godon fait connaître que la réouverture s'est opérée dans de bonnes conditions.

Il annonce que le bureau demande qu'un démonstrateur fasse tous les matins de 9 h. à 10 heures des démonstrations pratiques aux élèves de première année (approuvé), démonstrations dont le programme devra être établi par la Commission d'enseignement (approuvé).

Il fait part d'une proposition de M. Roy tendant à ce qu'un élève de garde à la clinique nettoie les instruments, proposition qui, après observations de son auteur et de M. *Papot*, est renvoyée à la Commission scolaire.

Il est décidé que l'Ecole adhérera à la Société des amis de l'Université et à la Société pour l'avancement des sciences.

M. Godon déclare qu'il a fait surseoir aux nouveaux travaux jusqu'à ce que l'architecte ait fourni un nouveau rapport et qu'on procède seulement au transfèrement de la bibliothèque.

Sur sa proposition, il est décidé que les candidats au certificat de mécanicien-dentiste pourront être admis comme élèves à suivre : 1° les démonstrations de prothèse ; 2° les cours pratiques de prothèse (l'après-midi) ; 3° les cours de chimie, de physique et de prothèse théorique. MM. Schultz et Fontenelle, qui sont dans ce cas en seront avisés.

M. Martinier annonce qu'un programme de démonstrations pratiques a été élaboré pour l'après-midi et fournit des renseignements sur divers cours théoriques.

Une proposition de *M. Roy* tendant à ce que le cours d'anatomie ait lieu pour les élèves de première année et celui de physiologie pour ceux de deuxième est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Martinier fait connaître que *MM. Tireau, Staviski, Roger* et *Ronnet,* démonstrateurs, ont été désignés respectivement pour le dimanche, le lundi, le mardi et le jeudi.

Une proposition de *M. Martinier* tendant à l'ouverture d'un concours dans trois mois pour deux postes de clinique (le dimanche et le jeudi) est adoptée et renvoyée à la Commission d'enseignement. L'ouverture du concours sera annoncée dans le numéro du journal du 30 novembre.

Sur la proposition de *M. Martinier* également, il est décidé que des leçons pratiques seront faites à 11 heures au plus tard par les chefs de clinique.

M. Martinier donne lecture de la démission de M. Cecconi, démonstrateur de clinique de prothèse (acceptée); il dépose la liste des démonstrations qui ont été faites et communique une lettre de M. d'Argent, qui est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Sauvez lit une lettre de remerciements de M. Staviski et fait connaître que le secrétariat général a expédié soixante-huit lettres depuis la dernière séance.

M. de Marion annonce qu'il a pris possession de la bibliothèque et donne lecture d'une proposition tendant à organiser la lecture sur place dans la salle du Conseil, à faire un inventaire général des livres et à ouvrir un crédit à cet effet pour un employé venant pendant deux ou trois heures par jour.

Après un échange d'observations entre *MM. Papot, Lemerle, Roy* et *Meng,* il est décidé que la lecture aura lieu dans la salle d'attente des malades.

M. de Marion est chargé de faire une enquête sur la disparition d'un livre.

M. Lemerle présente des pièces anatomiques offertes par M. Hofzumahaus. Des remerciements sont votés au donateur qui, sur la proposition de *M. Viau,* est nommé membre bienfaiteur.

Il fait connaître les attributions d'emplacement faites par l'Administration de l'Exposition de 1900, comportant le paiement de 4.580 fr. de droits, l'installation non comprise.

Après observations de *MM. Godon, Roy, Martinier, d'Argent* et *Lemerle* il est voté 2.232 fr. pour la taxe et 1.000 fr. pour l'installation des expositions de l'Ecole du Dispensaire et de la Société d'Odontologie ; 1.150 fr. pour la taxe et 1000 fr. pour l'installation de l'exposition rétrospective.

M. d'Argent fait part d'une demande de M. O... tendant à l'annulation de son inscription (Accordé).

Il fait connaître que la situation de l'Ecole est extrêmement prospère et lit le bilan au 31 octobre 1899.

Des félicitations lui sont votées pour sa gestion.

M. Papot annonce que les maisons Cornelsen et White accordent chacune un tour pour les prix. Des remercîments leur sont adressés.

Il communique une demande de l'élève B... qui désire être autorisé à rentrer à l'Ecole à l'époque à laquelle il a dû la quitter l'an passé (Accordé).

Il communique également une demande de l'élève C... qui désire être dispensé du droit d'examen de 60 fr. Après observations de *M. Weber*, cette demande est rejetée.

Le bureau est chargé de l'attribution des récompenses.

Sur la demande de *M. Martinier*, qui fait connaître les dispositions prises pour la distribution des prix, un crédit de 1.467 fr. est voté pour cette cérémonie, et la médaille d'or sera décernée à M. Richard-Chauvin.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le Secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

Séance du 12 *décembre* 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, Maire, de Marion, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau, Weber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. *Lemerle* annonce que, renseignements pris, l'emplacement de l'exposition rétrospective sera exempt de taxe.

M. *Godon* signale le décès de Mme Heidé mère et de M. Damain. Le bureau et la plupart des membres du Conseil ont assisté aux obsèques de ce dernier, où il a prononcé quelques paroles de regrets, et deux couronnes ont été offertes, l'une au nom de l'Ecole, l'autre de la Commission d'organisation du Congrès.

Le Conseil adresse ses condoléances aux deux familles.

M. *Godon* fait part ensuite du mariage de M. Arthur Douhet, de M. Rodolphe Chapot, et de M. Fortier avec Mlle Bouset.

Des félicitations sont adressées aux nouveaux époux.

M. *Godon* fait connaître qu'une correspondance active a été échangée avec l'Académie de Paris et en lit une partie.

Il annonce que l'autorisation a été donnée à M. Mendel Joseph de continuer à enseigner.

Il communique une lettre de démission de M. Hofzumahaus de ses fonctions de démonstrateur.

Après observations de M. *Roy*, il est décidé que le Conseil demandera à l'Académie de conserver à MM. Hirschberg et Hofzumahaus le droit d'enseigner et que la réponse sera notifiée aux intéressés.

M. *Godon* signale la visite que doit faire à l'Ecole l'inspecteur régional du Ministère de commerce.

Il lit successivement deux pétitions d'élèves demandant, l'une l'appui du Conseil pour obtenir un sursis d'appel sous les drapeaux, l'autre une troisième session d'examen de chirurgien-dentiste, qui sont renvoyées à la Commission d'enseignement.

Il lit ensuite une plainte du Syndicat des chirurgiens-dentistes contre M. V...

Sur la proposition de M. *Stévenin*, déjà saisi d'une plainte semblable, il est décidé d'écrire à M. V... pour lui faire remarquer qu'il est *membre fondateur* et non *fondateur* de l'Ecole et pour le prier de ne pas faire usage de ce titre.

Sur la demande de M. *Godon*, le directeur de l'Ecole est autorisé à adhérer comme membre titulaire à la Société des amis de l'Université et à la Société pour l'avancement des sciences et un crédit de 40 fr. est ouvert pour le payement des deux cotisations de 20 fr. chacune.

M. *Godon* dépose une demande d'admission dans la Société présentée par M. Blatter, qui est admis.

M. *Martinier* communique une lettre d'excuses de M. Loup pour son service et pour la séance et une lettre de M. Tireau, auquel un congé de trois mois est accordé.

Il rend compte de la séance de réouverture.

M. *Martinier* annonce le déménagement du journal et de la bibliothèque, la livraison de fauteuils et l'achat de deux mille dents diatoriques.

M. *Sauvez* donne lecture : 1° d'une lettre d'excuses de M. *Touvet-Fanton* ; 2° d'une lettre par laquelle M. Bojadjeff demande son admission en troisième année comme élève irrégulier (admis après observations de MM *Papot* et *Sauvez*) ; 3° d'une demande de demi-bourse formée en faveur de M. P... (Accordé) ; 4° d'une lettre par laquelle M. de Croes refuse de rester sous-bibliothécaire. (M. de Marion sera invité à proposer un nouveau titulaire de ce poste.)

M. Staviski sera prié de demander son admission à domicile.

M. Gilkin est admis en troisième année sous toutes réserves au sujet du diplôme, après une observation de M. *Roy*.

M. *Sauvez* fait connaître qu'il a été écrit soixante-dix-sept lettres par le secrétariat général.

M. *Papot* annonce que la Société chimique des usines du Rhône a fait don d'un prix au dernier moment et que la maison Ash, de Londres, a augmenté la valeur de son prix et a offert un fauteuil.

Des remercîments leurs sont adressés.

Il annonce également que M. Platschick offre un prix de prothèse pour l'an prochain.

Des remercîments lui sont votés et avis en sera donné aux élèves.

M. *Papot* formule, au nom de la Commission scolaire, diverses propositions relatives aux examens, au service des aides de clinique, à des modifications et à des adjonctions au règlement intérieur (art. 32 *bis*, 52, 44 *bis*, 51, 58, etc.). Adopté.

Il présente le règlement des travaux pratiques des examens, qui est adopté après observations de MM. *Sauvez* et *Roy*.

Il propose l'attribution d'une bourse à l'élève C... (Adopté.)

M. *Godon* propose trois articles relatifs au refus des inscriptions au commencement de la scolarité (Adopté).

M. *Papot* propose également divers changements à la brochure bleue (art. 53, 55, 56 etc.), qui sont approuvés.

Sur la demande de M. *Godon*, il est ajouté un article relatif à la constitution d'un Comité de patronage.

M. *Lemerle* donne lecture d'une lettre par laquelle M. de Marion annonce qu'il fait don au musée de quarante-huit moulages.

Des remercîments sont votés à M. de Marion, qui est nommé membre bienfaiteur.

M. *Lemerle* demande un crédit pour une vitrine (Accordé).

Il est décidé, à ce propos, que les noms des donateurs seront mis sur les vitrines.

M. *Lemerle* rend compte de la réunion de la Commission d'enseignement et des décisions qu'elle a prises : 1° ouverture d'un concours pour deux chefs de clinique le 18 février ; 2° ouverture d'un concours pour un professeur suppléant de clinique ; 3° création d'un cours théorique de dentisterie opératoire le soir et concours entre tous les professeurs titulaires de l'Ecole pour la nomination du titulaire de ce cours.

Ces divers propositions sont successivement adoptées, la dernière après une discussion à laquelle prennent part MM. *d'Argent, Godon, Martinier, Viau* et *de Marion.*

M. *Lemerle* propose la titularisation de MM. Frey et Friteau. A la suite d'un échange d'observations entre MM. *Martinier, Godon, Lemerle* et *Weber,* la titularisation de M. Frey est décidée; pour celle de M. Friteau il sera pris l'avis du titulaire du cours.

M. *de Marion* rend compte du déménagement de la bibliothèque et demande un crédit pour indemniser ceux qui l'ont opéré (Renvoyé au bureau).

L'assemblée générale est fixée au 26 décembre et l'ordre du jour en est approuvé.

Un rapport de M. Bonnard sur l'impression du catalogue est renvoyé à la Commission de la bibliothèque.

La séance est levée à minuit et demi.

Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

Séance du 19 décembre 1889.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Meng, Papot, Richard-Chauvin, Sauvez, Touvet-Fanton, Viau, Weber.

M. *Weber* donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après observations de MM. *Papot* et *Martinier.*

M. Godon donne lecture : 1° d'une lettre de M. Hirschberg demandant un congé de trois mois (Accordé) ; 2° de lettres de M. Bonnard relatives au catalogue de la bibliothèque.

Après observations de MM. *de Marion, Martinier* et *Viau,* M. de Marion est chargé de présenter un rapport sur la question à la prochaine séance, et il est décidé de surseoir à l'impression dudit catologue jusqu'à ce que le bibliothécaire actuel ait terminé son inventaire.

M. Martinier signale les observations présentées par M. Cecconi dans un rapport sur les démonstrations de prothèse, rapport qui donne lieu aux décisions suivantes :

1° Les élèves de troisième année ne passeront pas l'examen de la première année ;

2° Le trésorier est invité à formuler son avis à la prochaine séance sur la nomination d'un second mécanicien appointé pour le laboratoire de prothèse ;

3º M. Cecconi sera prié de fournir la liste des instruments et appareils qui ui sont nécessaires ;

4º Le directeur adjoint décidera si le petit amphithéâtre sera mis à la disposition de M. Cecconi ;

5º Les cours de prothèse seront finis à 3 h. 1/2, le jour des démonstrations du chef des travaux pratiques.

Des remercîments sont adressés à M. Cecconi pour son rapport et des félicitations sont votées à M. Martinier pour la bonne organisation du cours de prothèse.

M. *Godon* annonce que M. Roy a été nommé examinateur de la Faculté.

Il lit une lettre de la maison Ash faisant connaître que M. Colin Logan cesse d'être gérant de cette maison.

Il propose de construire au-dessus de l'escalier une petite salle de clinique moyennant 1.500 fr. en annulant le vote de 17.000 fr. (Adopté.)

M. *Lemerle* formule une proposition de modification de l'art. 54 du règlement qui est prise en considération et renvoyée à la Commission d'enseignement.

Il émet, au nom de ladite Commission, un avis favorable à deux pétitions d'élèves tendant, la première, à ce que l'examen de novembre de chirurgien-dentiste soit avancé, la seconde à ce qu'une troisième session ait lieu chaque année.

M. Godon est chargé de faire part de ces demandes au doyen de la Faculté.

M. *Richard-Chauvin* donne lecture d'un rapport sur l'enseignement préparatoire.

Après observations de MM. *Martinier*, *Godon* et *Richard-Chauvin*, le directeur adjoint est chargé d'informer par voie de circulaire : 1º les démonstrateurs des conditions dans lesquelles aura lieu cet enseignement préparatoire ; 2º les professeurs de dentisterie opératoire de la façon dont ils devront donner les notes pour les travaux pratiques (proposition de la Commission scolaire).

M. d'*Argent* présente le projet de budget de 1900, qui est approuvé.

Des demandes d'admission dans la Société formées par MM. Stener, présenté par MM. Lemerle et de Marion, Kanel, présenté par MM. Lemerle et Charpentier et Galvan, sont renvoyées au Conseil de famille.

La séance est levée à 11 h 1/2.

Le Secrétaire général,
SAUVEZ.

20e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1900 Vol. XXIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

STOMATOLOGISTES ET ODONTOLOGISTES

La « Société de stomatologie » *a renouvelé son bureau et a élu, pour l'année 1900, comme président M. le Dr Cruet, et comme vice-président un éminent professeur de la Faculté de médecine, qui vient d'être, d'autre part, chargé par l'Assistance publique du service des cliniques stomatologiques dans les hôpitaux.*

Il est intéressant d'établir, en passant, un rapprochement entre la création de ce service de « maladies de la bouche » *et la nomination de son titulaire à la vice-présidence de la Société de stomatologie, car il caractérise d'une façon absolue cette dernière société.*

L'honorable professeur, qui est un stomatologiste distingué, s'occupant exclusivement des maladies de la bouche (stomatologie) et laissant le soin des dents aux spécialistes, a cru faire œuvre logique en pénétrant dans cette société qui porte le titre de « Société de stomatologie ».

Théoriquement il avait raison et sa place y était toute marquée, non pas à la vice-présidence, mais à la présidence, que nul n'aurait pu lui disputer ; pratiquement il avait tort, puisqu'il est entré dans une société d'odontologistes, vulgairement dentistes, dont la prin-

cipale, je pourrais dire la seule occupation, est le traitement des dents.

M. le Dr Cruet, le président réélu, a mis à profit sa réélection pour prononcer une petite allocution dont j'essayerai de relever quelques points, car il y est un peu parlé de nous. Par ce mot « nous » *j'entends nous les dentistes, et particulièrement nous Association générale des dentistes de France, quoiqu'elle n'ait pas été désignée nominativement.*

« Que d'autres, dit-il, suppléent par le bruit, l'agitation, les influences, à tout ce qui leur manque d'ailleurs ; qu'ils frappent sans se lasser à toutes les portes, forcent les adhésions et, au besoin, fassent capituler les pouvoirs publics, qui ne considèrent que la puissance du nombre ; c'est le droit de chacun de poursuivre la lutte pour l'existence, sinon pour le bien public ; cela ne nous empêchera pas de travailler, de suivre en paix notre route, et de considérer l'avenir avec tranquillité. »

Je comprends fort bien que M. le président de la Société de stomatologie imprègne de quelque amertume cette dure constatation d'impuissance. C'est que lui et quelques-uns des siens ont fait du bruit, de l'agitation, ont fait agir des influences, mais n'ont, hélas ! trois fois hélas ! jamais pu faire capituler les pouvoirs publics.

Ils avaient demandé la création d'une chaire de stomatologie à la Faculté de médecine : beau projet, abandonné malheureusement pour les dentistes, qui ignorent encore ce qu'ils perdent !

Ils avaient réclamé la fondation d'une École dentaire d'État, et, ignominie des ignominies, l'École d'État n'existe pas et les Écoles libres triomphent insolemment !

Ils avaient demandé que l'anesthésie fût réservée aux seuls docteurs... Qui donc parle désormais de cette belle proposition noyée dans l'oubli !

Ils avaient réclamé le doctorat obligatoire et voilà

que, suprême injure, une administration officielle, l'Assistance publique, déclare que ce doctorat est insuffisant et exige des candidats au poste de dentiste des hôpitaux le diplôme de chirurgien-dentiste !

Dentiste ! Dentiste ! ce mot est semblable à une tunique de Nessus qu'en vain ils dépouillent et que toujours ils retrouvent. Ils ont essayé de le supprimer et n'ont pas réussi ; ils ont tenté de le tourner, ils ont créé un mot spécial, une science spéciale, ils s'intitulent médecins-stomatologistes : inutiles efforts ! Ce n'est qu'en se munissant du faux-nez de dentiste qu'ils ont pu obtenir les quelques maigres succès dont ils peuvent se targuer. Ils sont dentistes *des hôpitaux ; ils sont examinateurs*-dentistes. *Pour tous, sauf pour nous peut-être, ils sont dentistes ; leurs seuls succès officiels sont des succès de dentiste. C'est une contradiction amusante, qui n'est pas pour nous étonner d'ailleurs, Messieurs les médecins-stomatologistes étant coutumiers du fait. Ne sont-ils pas examinateurs à l'entrée d'une profession qu'ils n'approuvent point ? Ils prononcent eux-mêmes le* dignus intrare *et, ceci fait, déclarent à tout venant que les porteurs du diplôme auxquels ils ont contribué à donner l'estampille officielle n'ont aucune compétence et qu'il est dangereux pour la santé publique de les laisser exercer librement !*

Est-ce pour le mesquin plaisir de « recaler » *quelques étudiants-dentistes que le grand chef vénéré a peiné, sa vie durant, que les survivants de la petite chapelle peinent et s'épuisent à leur tour, heurtant désespérément du poing à toutes les portes officielles qui s'obstinent à demeurer fermées ?*

Oh ! comment je comprends alors, devant ce résultat stérile de vingt années de luttes épiques, les lamentations du président de la Société de stomatologie et combien je m'associe à son invocation à l'avenir, espoir de tous les désillusionnés !

Il m'est cruel pourtant de devoir, dans l'intérêt de

la vérité probable, réduire à une juste mesure cet espoir immense.

Que M. le Dr Cruet en soit persuadé : de même que nous avons fait le passé, de même que le présent est notre œuvre, de même nous ferons l'avenir.

D'ailleurs cet avenir, dans ses grandes lignes, est désormais assuré et ce n'est pas « la lutte pour l'existence » *que nous engageons, mais une simple lutte de doctrine ayant le bien public comme objectif. Les dentistes ont vécu sous le régime de la loi de l'an XI qui les ignorait, pendant près de cent années, malgré les attaques furieuses d'une partie du corps médical. J'espère fermement que notre existence assurée par la loi de 1892, boiteuse peut-être dans certains points, mais après tout rationnelle en son principe de la création d'un diplôme spécial pour un art tout à fait spécial, sera plus longue encore.*

L'orientation générale des idées actuelles ne peut que me confirmer dans cet espoir : on décentralise et l'on spécialise de plus en plus, on cherche à décharger l'État de toutes les fonctions qui peuvent, sans danger, être exercées par des particuliers, et l'enseignement professionnel libre a plus d'adeptes que jamais, même dans le milieu médical.

Enfin le chirurgien-dentiste futur sera toujours là pour défendre sa *loi, de même que son ancêtre, le mécanicien-dentiste, a su pendant de longues années défendre sa liberté.*

Voilà pour le point de vue légal.

Quant à l'absorption des dentistes par les médecins que l'on a mise en avant, c'est une bonne plaisanterie dont je ferai justice un de ces jours en racontant quelques anecdotes de clientèle qui nous renseigneront amplement sur la façon dont le public, et surtout le public des classes supérieures, comprend le rôle du dentiste moderne.

Notre position est forte ; nous pouvons donc en toute

sécurité nous laisser aller à la douce joie de vivre.

En est-il de même de certains corps professionnels, de la Société de stomatologie entre autres, telle qu'elle est constituée en ce moment ?

J'en doute fort et je crains bien que son président, malgré les affirmations répétées de sa foi en l'avenir, ne soit guère plus rassuré que moi. Je n'en veux pour preuve que les hésitations actuelles de la société et les concessions multiples qu'elle est obligée de faire.

C'est au nombre qu'elle fait appel désormais, car c'est devant le nombre qu'on s'incline et que « capitulent » *les pouvoirs publics. Mais comme le nombre fait défaut, on ouvre toutes grandes les portes du sanctuaire. Oublié le gentil petit couplet que j'aimais tant sur la minorité intellectuelle et l'isolement scientifique ! Disparue cette belle intransigeance d'autrefois qui exigeait le bonnet doctoral comme condition d'entrée* sine qua non, *car* « exceptionnellement et sur le rapport de la commission des candidatures, la Société se réserve le droit d'accueillir toute personnalité particulièrement distinguée par ses titres et ses travaux [1] » !

Nous savons ce que cela veut dire ; cela s'appelle : capitulation ! La phrase suivante, prononcée par le continuateur de celui qui appelait les dentistes « des ramoneurs de canaux », *ne manque pas non plus de saveur :* « Nous faisons, dit-il, la même place, par exemple, dans nos discussions et dans nos communications à un procédé de plombage ou de prothèse qu'à une recherche histologique. »

On nous imite ; quelle meilleure preuve d'approbation pouvons-nous espérer ? On nous imite en recherchant le nombre, de façon à pouvoir par un groupement professionnel imposant, comme l'Association générale des dentistes de France, par exemple, demander avec quelques chances d'obtenir ; on nous imite en

1. *Revue de stomatologie*, février 1900, p. 75.

ouvrant les portes à tout travailleur de bonne volonté, de quelque côté qu'il vienne; *on nous imite en reconnaissant enfin la nécessité des communications et démonstrations techniques que nous avons toujours proclamée.*

Eh! bien, mais qu'il prenne garde celui qui a la charge de la petite chapelle stomatologique de ne pas nous imiter jusqu'au bout. Ceux qui vont venir et beaucoup déjà parmi ceux qui sont venus, ne sont plus les fils de la caste étroite dont les membres s'intitulaient médecins-stomatologistes *: les dents d'un côté, la bouche de l'autre, disent-ils. Le président de la Société n'a-t-il pas lui-même relevé ce symptôme* « que le besoin se fait de plus en plus vivement sentir chez ses jeunes confrères d'obtenir des résultats pratiques, de constater des faits précis et démontrés »? *Ces jeunes prennent le titre de* médecins-odontologistes *ou même de dentistes tout court ; quelques-uns nous sont entièrement acquis et sont professeurs dans nos Écoles, ou diplômés de ces Écoles et des Écoles étrangères ; les autres suivront, et ceux qui vont entrer par la porte entre-bâillée seront encore bien mieux des nôtres.*

Alors le nombre étant venu et la maison pleine, ce ne sera plus une société de stomatologie que dirigera un nouveau président, mais bien une société d'odontologie faite sur le modèle de la nôtre et marchant avec elle la main dans la main.

GEORGES GROSS.



Travaux Originaux

MOULAGES EN CIRES COLORIÉES

Par M. DE MARION,
Professeur suppléant de clinique de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris.
(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 mars 1900.)

Le moulage est l'art de prendre des creux sur des reliefs et de reproduire ces reliefs au moyen de ces creux.

Dans l'exercice de notre profession nous pratiquons donc tous les jours l'art du mouleur. Nous le pratiquons néanmoins d'une manière primitive et notre embarras devient considérable quand nous voulons reproduire plusieurs pièces semblables. C'est que nous n'avons pas approfondi l'art du moulage et que les notions imparfaites que nous possédons de cet art rendent insurmontables pour nous les difficultés les plus légères.

Il n'entre pas dans le cadre de ma communication de faire un cours sur l'art du mouleur ; ma tâche serait beaucoup trop considérable et l'aridité du sujet viendrait à bout de l'attention bienveillante de mes confrères les plus dévoués. Mon plan est bien moins vaste et je vais me borner à vous indiquer le plus clairement possible la façon de reproduire en cire colorée les différentes pièces qu'il nous paraît utile de conserver.

Nous voyons souvent dans notre clientèle des anomalies entraînant des troubles plus ou moins profonds dans la forme primitive des organes. Tous, avec un louable empressement, nous communiquons ces observations intéressantes, qui souvent jettent un peu de clarté dans l'étiologie de telle ou telle affection. Mais, si parfaite que soit notre description, si fidèles et si justes que soient les termes employés, notre esprit en sera beaucoup moins frappé

que par la vue, pour ainsi dire réelle, de l'objet décrit.

C'est guidé par cette pensée que j'ai exécuté les modèles dont vous avez quelques échantillons sous les yeux ; vous verrez les autres dans les vitrines du musée de l'École.

Un certain nombre de mes confrères bienveillants ont trouvé quelque mérite à ces travaux et ont désiré connaître la technique qui m'a permis de les exécuter. Je me fais un devoir de vous indiquer par le détail les phases de ce travail, qui ne demande que beaucoup de patience et un peu de goût.

J'espère que lorsque tous les membres de la Société d'Odontologie seront à même de reproduire les observations curieuses qui se présentent journellement à eux, notre musée possèdera une collection considérable de pièces intéressantes.

Mais avant d'entrer dans le cœur même du sujet, il est bon de connaître trois termes employés en moulage qui reviendront constamment dans notre discours.

On appelle *moule à creux perdu* celui qu'on est obligé de détruire pour en retirer le relief. Ce moule à creux perdu peut être en une ou plusieurs pièces. Je ne saurais vous citer un meilleur exemple du creux perdu que celui que nous exécutons lorsque nous prenons une empreinte de la bouche. Nous savons tous, en effet, que pour retirer le modèle de l'empreinte, nous sommes presque toujours obligés de sacrifier cette dernière.

Le *moule à bon creux*, au contraire, se compose d'une ou de plusieurs pièces disposées de manière à ce que le relief en sorte sans efforts et, par conséquent, puisse servir à reproduire un nombre de reliefs indéterminé. Pour atteindre ce but, le creux ne doit pas présenter de *noirs* sur un des morceaux qui le composent, c'est-à-dire qu'aucune des parties du relief couvertes par la même pièce du moule ne doit présenter de parties en retrait. Lorsqu'un relief présente donc des parties en retrait ou mieux des *noirs,* le mouleur doit combiner des pièces en nombre suffisant, qui toutes doivent être en dépouille. On pourra alors les retirer sans efforts de la surface du relief.

Comme vous le voyez, les connaissances théoriques qu'on doit posséder ne sont pas considérables ; elles sont néanmoins suffisantes pour exécuter les moules à bon creux simples, qui sont nécessaires à la confection des moulages en cire.

Je vais énumérer les outils qui servent à ces travaux, en vous indiquant l'emploi de chacun d'eux.

D'abord une bonne spatule en cuivre est indispensable pour parer le plâtre au fur et à mesure qu'on le place sur le relief; les spatules en fer doivent être rejetées ; malgré le soin que l'on peut mettre à les nettoyer, le plâtre adhère fortement sur le fer et il est presque impossible avec ce métal de lisser le plâtre.

Il faut se munir également d'un bon couteau à lame longue et bien tranchante et de trois ou quatre canifs ou même de scalpels bien effilés. Ces derniers surtout sont d'un secours précieux, je dirai même qu'on ne peut s'en passer.

Deux ou trois ripes sont encore très utiles pour obtenir des joints convenables ; on peut à la rigueur les supprimer, mais vous remarquerez, en réparant les joints au couteau, la difficulté de les obtenir avec une netteté parfaite.

Enfin, quatre pinceaux viennent compléter l'outillage : le premier de force moyenne et de la forme dite queue de morue servira à badigeonner les différentes pièces du modèle avec de l'eau de savon noir. On emploiera le second, plus petit, mais qui pourra affecter la même forme, à recouvrir ces mêmes pièces d'une légère couche d'huile.

Le troisième, de forme ronde en poils blancs durs, portera le plâtre liquide dans les moindres anfractuosités et dans les moindres détails du relief.

Enfin, le quatrième en crins très flexibles et très doux, devra être tenu toujours très propre et sera employé à débarrasser soit le relief, soit les pièces déjà faites, des parcelles de corps étrangers qui pourraient s'opposer à la réunion parfaite des pièces du moule.

Ajoutons à cette nomenclature quelques croissants de fil de fer très fort, qui serviront à maintenir en place les différentes pièces du moule au fur et à mesure de leur exé-

cution. Tel est l'outillage nécessaire qui, comme vous le voyez, n'est ni dispendieux ni très complexe.

La liste des matières premières pour la fabrication des moulages de cire est un peu plus complète. En les énumérant, je vais vous indiquer le mode d'emploi de chacune d'elles et en même temps les détails de leur préparation.

Le *plâtre* est une des principales matières des moulages qui nous occupent ; il sert à faire le modèle dans le creux perdu. C'est en plâtre également que sera fait le moule à bon creux destiné à couler les cires ; c'est encore avec du plâtre que les creux de la cire seront remplis et que nous fixerons les attaches en cuivre destinées à maintenir les modèles terminés sur les planchettes.

Enfin, le plâtre d'albâtre gâché très clair imbibera l'étoffe de coton très apprêtée qui servira pour ainsi dire de cadre au moulage en cire.

Nous connaissons tous la manière de gâcher le plâtre ; il me semble utile néanmoins d'appeler votre attention sur quelques détails qui permettent d'obtenir ainsi le maximum de dureté et de résistance de cette matière.

L'eau étant placée dans un vase, on doit verser le plâtre sur cette eau dans le plus grand état de division possible et éviter de laisser tomber des masses compactes. L'eau doit être toute pure et telle qu'elle coule des robinets ; la quantité de plâtre qu'on doit mettre dans l'eau doit en dépasser légèrement le niveau et présenter alors une légère couche sèche sur toute la surface.

Il faut bien se garder de remuer ou plutôt de gâcher le plâtre dans cet état, on doit attendre une ou deux minutes jusqu'au moment où l'humidité, gagnant par capillarité la couche sèche, l'aura complètement humectée. On devra à cet instant gâcher le plâtre très soigneusement pour chasser de sa masse les quelques bulles d'air qui s'y trouvent encore emprisonnées ; c'est alors le moment de l'employer. En hiver on a largement le temps de mener de front trois ou quatre des pièces composant ordinairement les moules qui nous intéressent ; en été la prise est beaucoup plus rapide et

l'on ne doit conduire à la fois qu'un plus petit nombre de pièces.

Enfin, avant de toucher aux pièces qu'on vient d'exécuter il faut attendre que le plâtre ait produit tous ses effets, c'est-à-dire qu'il se soit échauffé et qu'il soit revenu à la température normale.

Si le plâtre dont on s'est servi dans ces conditions est frais et finement tamisé, on doit obtenir des pièces d'une dureté satisfaisante.

Le *savon noir* est un des aides précieux du mouleur ; à la dose de trois grandes cuillerées à bouche dissoutes dans un litre d'eau chaude, il sert à savonner, au moyen du pinceau dont nous avons parlé dans l'énumération des instruments, les parties des pièces sur lesquelles on doit couler de nouveau plâtre. L'eau de savon doit s'employer froide et l'on doit savonner au moyen du pinceau jusqu'à ce que le plâtre n'absorbe plus l'eau savonneuse. Alors avec le même pinceau, préalablement essuyé avec un linge sec, on enlève la mousse, de façon à ne laisser aucune bulle à la surface que doit recevoir la nouvelle coulée.

La préparation du modèle n'est pas encore terminée ; il faut encore, avec le second pinceau dont j'ai parlé, huiler les parties qui viennent d'être savonnées. Le point important est de choisir l'*huile* la meilleure à cet usage. Il serait dommage d'employer de l'huile d'olive ; les huiles de colza dont on se sert pour l'éclairage et en général toutes les huiles végétales sont excellentes. Je dois ajouter que les oléonaphtes provenant de l'épuration du pétrole donnent aussi de très bons résultats. Mais il faut rejeter les huiles et les corps gras de provenance animale, car les pièces enduites de ces matières se séparent beaucoup moins bien et l'on peut craindre, en les employant, des accidents graves qui entraînent la perte de plusieurs pièces du moule.

Le plâtre est bien la matière la plus importante qui entre dans la confection des moules ; cependant il arrive que le modèle présente des parties si fragiles qu'il est impossible de les obtenir. Il faut avoir recours alors au *ciment du*

mouleur, qui est d'un grand secours dans l'exécution des pièces difficiles et délicates et demande une description particulière. Il se compose de :

Cire	250 grammes.
Arcanson	125 —
Plâtre très fin	1 kilogr.

On commence par faire fondre l'arcanson, sorte de résine, résidu de la distillation de la térébenthine, dans un vase sur un feu très doux, on ajoute alors la cire coupée en petits morceaux ; lorsque la fonte est bien complète, on verse le plâtre, en ayant soin de remuer constamment la masse pour faire un mélange très intime de ces ingrédients. On coule sur une plaque de métal huilée, et après refroidissement on conserve ce ciment un temps indéfini pour l'employer au fur et à mesure des besoins.

Pour l'usage, on fait fondre de nouveau sur un feu très doux la quantité qu'on juge nécessaire et on la coule aussi froide qu'il est possible sur la partie à mouler, préalablement bien savonnée et bien huilée, et entourée d'une bande de glaise ou de moldine.

J'ai passé en revue jusqu'ici les matières nécessaires à la confection du moule ; il s'agit de voir la composition qui sert à obtenir les pièces que vous avez sous les yeux. Après bien des essais, je me suis arrêté au mélange suivant :

Cire	1 kilog.
Stéarine	1 kilog.
Paraffine	2 kilogs.

C'est la composition qui m'a donné les meilleurs résultats : elle est loin d'être parfaite et j'avoue en toute humilité qu'elle n'atteint pas les qualités de celle qui compose les pièces du Musée de Saint-Louis. Mais celle-ci est le secret d'un homme aux idées étroites qui préfère le voir disparaître avec lui plutôt que d'en faire profiter ceux qui auraient pu continuer son œuvre.

Comme dans toutes ces sortes de matières, l'analyse chimique ne donne que les corps simples ; les mélanges

composés eux-mêmes de ces mêmes corps simples en proportions diverses sont impossibles à définir.

Je continue mes recherches et si un jour un hasard heureux me permet de trouver une meilleure formule, soyez assurés que je vous la communiquerai.

Pour revenir à mon sujet, le résultat du mélange de la cire, de la stéarine et de la paraffine fondues ensemble sur un feu très doux, et mieux au bain-marie, donne une matière ressemblant beaucoup à la cire vierge, mais cependant un peu plus blanche et un peu plus translucide. Il faut colorer cette matière et obtenir deux couleurs que j'appellerai *couleurs bases :* l'une, légèrement jaunâtre destinée à faire les dents, la seconde rouge jaune, qui composera la plus grande partie de la pièce et sera le fond des gencives de la muqueuse palatine, des parties molles de la bouche en général et de la peau.

Les couleurs d'aniline donnent, il est vrai, des nuances très délicates, mais elles sont aussi beaucoup trop instables et disparaissent à la suite d'une longue exposition à la lumière.

J'ai fixé mon choix pour la coloration de la masse sur les vulgaires couleurs à l'huile dont se servent les peintres en tableaux. J'ajouterai que les laques m'ont donné les meilleurs résultats.

Il m' est impossible de vous indiquer les proportions de colorants entrant dans les cires que je vous présente, c'est une question de tâtonnements et de coup d'œil ; la seule chose utile que je puisse vous dire, c'est qu'il ne faut pas mettre la couleur à l'huile sortant du tube directement dans la masse à colorer ; on prélève une petite quantité du mélange fondu dans une capsule de porcelaine à manche et on la colore très fortement ; c'est cette partie fortement colorée qu'il faut ensuite mélanger pour ainsi dire goutte à goutte avec la masse fondue. Quand on croit avoir atteint la nuance cherchée, on coule une petite quantité de cette masse sur une plaque de cuivre légèrement huilée et on la laisse bien refroidir ; alors seulement on peut se rendre compte si l'on a trouvé la teinte désirée.

Dans ma pratique je fonds ensemble quatre ou cinq kilos de matière que je teinte par tâtonnements, comme je viens de vous l'indiquer ; j'évite ainsi de renouveler souvent les ennuis fastidieux et toujours très longs de la recherche de la teinte des fonds.

C'est encore avec les couleurs à l'huile qui m'ont servi à colorer ou plutôt à teinter la masse du mélange que j'obtiens les effets variés que vous pouvez remarquer sur les pièces que je vous présente.

Comme je vous l'ai dit pour la coloration de la masse, il est impossible de donner une proportion quelconque des mélanges de couleurs qui doivent être employées. Un peu d'habitude vous permettra d'arriver sans beaucoup de peine à des résultats très satisfaisants.

Il serait bien long de vous dire mes tâtonnements innombrables avant d'arrêter mon choix sur les couleurs à l'huile pour décorer les pièces coulées et que j'appellerai *pièces en blanc :* couleurs à la gouache, couleurs au fiel de bœuf, couleurs à l'huile d'œuf, couleurs à l'œuf, vernis colorés, couleurs à la cire, etc., etc. Je ne sais pas s'il existe quelques matières préparées pour la coloration que je n'aie essayées. Les meilleurs résultats m'ont été donnés par les couleurs à l'huile toutes simples. Pour faciliter votre choix, je vais vous donner la composition de ma palette ; j'ajoute, pour éviter les confusions de nuances, que je me suis servi des couleurs de la marque Lefranc, dont voici la liste :

Laque de garance pourpre n° 1.
Laque de garance brun jaune.
Laque de garance nuance bitume.
Laque de fer.
Laque noire.
Laque brûlée.
Laque ordinaire.
Laque jaune.
Jaune de cadmium.
Vermillon.
Blanc d'argent.

Outremer.

Pour appliquer ces couleurs sur les cires, il est indispensable de se servir de deux sortes de pinceaux : les premiers à longs poils appelés pinceaux en martre et les secondes à poils courts en usage dans la peinture sur porcelaine et qui sont connus sous le nom de pinceaux à putoiser.

Avec ces instruments et un peu de patience, l'ingéniosité de chacun permettra de rendre fidèlement les effets de la nature elle-même.

Je dois ajouter pourtant que lorsque vous aurez des parties d'épiderme à reproduire, il ne faudra pas avoir recours à la peinture à l'huile ; dans ce cas, il faut maquiller la cire, c'est-à-dire la pénétrer superficiellement de poudres colorées.

Ces poudres colorées se font avec de la ponce porphyrisée mélangée dans un mortier avec des couleurs pulvérulentes que vous trouvez encore sous la même marque que les couleurs à l'huile. Elles sont étendues sur la cire avec de gros pinceaux à poils longs et souples appelés blaireaux.

La pièce ainsi décorée présente l'inconvénient de se sécher très lentement et toujours d'une manière très incomplète ; il faut avoir recours à un vernis pour fixer définitivement les couleurs. Je vous fatiguerais encore en vous mentionnant ceux que j'ai essayés pour arriver au résultat que vous avez sous les yeux ; je l'ai obtenu avec le *Vernis accéléré blond au pinceau pour cuirs, papiers, bois et métaux, de Sœhnée frères*. Ce vernis doit être étendu très rapidement avec un pinceau très doux à longs poils, en évitant autant qu'il est possible de passer deux fois au même endroit.

Il ne reste plus qu'à fixer la pièce sur une planchette en bois peint en noir et à la garnir de son entourage d'étoffe durcie. On prend pour cela de la cretonne blanchie et très apprêtée et on la trempe dans du plâtre délayé très clair dans de l'eau contenant 50 grammes pour 1.000 de gomme arabique. Il est bon de se servir de plâtre d'albâtre pour cette opération.

Voilà par le détail tous les instruments et tous les maté-

riaux nécessaires à la confection des moulages en cire, avec l'usage des uns et la manière d'employer les autres.

Voyons rapidement comment on peut mener à bonne fin une de ces opérations de moulage.

Prenons comme exemple l'empreinte d'une perforation tabétique du palais. La perforation s'est produite à droite et vous remarquerez à gauche deux grosses molaires qui seules ont persisté.

Sur l'empreinte prise je coule le modèle en plâtre, je détruis alors le creux perdu pour obtenir le modèle qui va me servir aux opérations ultérieures. Je fais sécher soigneusement le modèle qui est ensuite passé dans de la stéarine chauffée au bain-marie.

Il faut alors étudier le modèle et, quand on débute, tracer au crayon le nombre de pièces qui doivent composer le moule à bon creux.

Ce nombre de pièces doit être aussi grand qu'il est nécessaire pour que le nouveau relief coulé dans son intérieur sorte facilement, mais, d'un autre côté, il ne faut pas les multiplier inutilement, car si parfaites que soient les parties du moule, il y a à leurs jonctions des traits en saillie, appelées coutures, qu'on doit ensuite effacer sur le relief.

Dans le modèle qui nous occupe je vois que le contour demandera quatre pièces : une pour le devant, une en arrière et deux pour les côtés. Dans les modèles simples on coule ces morceaux deux par deux. Après la prise complète et le refroidissement des deux premiers, on les répare, on savonne ou l'on huile soigneusement et l'on coule des deux côtés. On opère pour ces deux morceaux comme pour les premiers. La profondeur de la perforation palatine m'empêche de songer à ne faire qu'une seule pièce pour toute la surface du palais ; de plus cette perforation n'étant pas perpendiculaire à l'axe du modèle, j'ai là un *noir* qui ne sortirait pas une fois coulé. Les deux dents du côté gauche sont très hautes et présentent un léger étranglement au niveau du collet du côté de la voûte palatine. Il sera donc nécessaire de faire un morceau pour la perforation et nous aurons utilité d'en faire

un second embrassant la partie interne des dents. Après avoir préparé avec le savon et l'huile les endroits nécessaires, on coule les deux morceaux et l'on opère comme pour ceux des côtés. De même pour le bloc qui comprendra tout ce qui reste de la partie encore libre du palais et qui devra comprendre, en outre, les deux petits morceaux partiels. Cette dernière pièce réparée, il nous restera à couler le tout dans un bloc de plâtre, la chape, servant à maintenir toutes les pièces du moule au moment du coulage.

Toutes les pièces qu'on vient d'obtenir sont démontées avec soin, séchées et stéarinées.

Le moule est prêt pour le coulage de la composition de cire. Il faut naturellement commencer par couler les dents.

On monte le moule qui doit être savonné et huilé ; on fait fondre la composition couleur des dents, soit au bain-marie, soit sur un feu très doux dans une capsule de porcelaine. Dès que le tout est bien fondu, il faut attendre avant de couler que la température de la cire ne soit pas trop élevée; on verrait sans cela le tout s'attacher au moule et on risquerait ainsi de le mettre hors d'usage. Il faut attendre de pouvoir tenir son doigt dans le mélange fondu. On coule alors rapidement dans tous les endroits du modèle qui présentent des dents. — Il faut alors attendre que la cire soit bien figée, sans cela on déformerait le relief et pourtant il ne faut pas que le refroidissement soit complet ; la cire devient trop cassante et l'on éprouve trop de difficultés pour découper les dents tout autour de leurs collets, avec un canif bien tranchant.

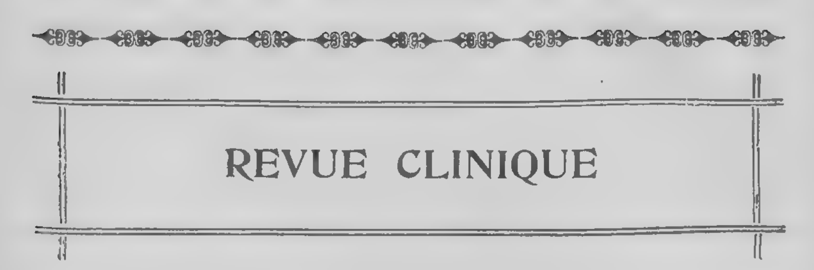
Cette opération terminée, on remet les dents soigneusement à leur place respective dans le moule, et l'on coule le corps même de la pièce en prenant les mêmes précautions. Après refroidissement suffisant, on démonte le moule pièce par pièce et l'on obtient ainsi ce que j'ai appelé la pièce en blanc. Il faut alors attendre au moins vingt-quatre heures avant de la réparer, c'est-à-dire effacer les coutures et retoucher au collet des dents où les deux couleurs de cire ont quelquefois un peu chevauché l'une sur l'autre.

La réparation du moulage terminée, il s'agit de le décorer, c'est-à-dire de lui donner, au moyen des couleurs à l'huile que je vous ai indiquées, les apparences de la réalité.

Ici aucune règle ni aucune indication précise ne peuvent être fournies. Nous pouvons avoir le modèle sous les yeux et tâcher d'imiter la nature. Mieux nous réussirons et plus nous serons satisfaits de notre œuvre. Ce sera souvent son plus grand mérite, surtout dans certaines affections qui ne sont guère différenciées que par les diverses colorations des tissus.

Voilà, aussi clairement qu'il m'a été possible de vous les exposer, les procédés par lesquels j'ai obtenu les moulages qui sont devant vous.

J'ajoute que je serai toujours à la disposition de ceux de mes confrères qui, intéressés par ces travaux, se trouveraient embarrassés par quelques détails d'exécution.



REVUE CLINIQUE

EPULIS

Par M. Heidé, professeur,
et
M. Charpentier, démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

L'un de nous a déjà eu l'occasion, il y a quelques années, de relater dans les pages de *L'Odontologie* l'ablation d'un certain nombre d'épulis faite en collaboration avec le docteur Marié. La présente observation fait suite à cette série et n'a de particulièrement intéressant que le développement inusité pris par cette épulis, sans que la patiente en ait été très gênée.

Nous attirons aussi l'attention de nos confrères sur les fraises à racines pour ruginer non seulement le corps de l'os comme dans le cas présent, mais aussi le bord alvéolaire après certaines extractions, etc., etc.

Mme G..., ménagère, âgée de 52 ans, vient nous trouver se plaignant d'une grosseur dans la bouche du côté droit du maxillaire supérieur. Nous constatons à l'examen une épulis s'étendant de la canine supérieure droite à la première grosse molaire. Cette épulis, très fortement pédiculée, d'une couleur peu différente de la gencive, est dure et mobile.

La malade dit avoir eu une enfance délicate ; à 18 ans, fièvre muqueuse ; il y a deux ans phlébite ; cette année influenza. Elle a eu trois grossesses ; sur ses trois enfants, un seul existe actuellement, l'un est mort de méningite à 9 ans, l'autre à 22 ans, ce dernier atteint de coxalgie. Ses antécédents paternels et maternels sont bons.

Nous ne pouvons obtenir de renseignements sur sa première dentition. Actuellement nous constatons l'absence de prémolaires qu'elle a dû faire extraire à cause de leur mobilité qui la gênait, mais dont elle n'éprouva aucune

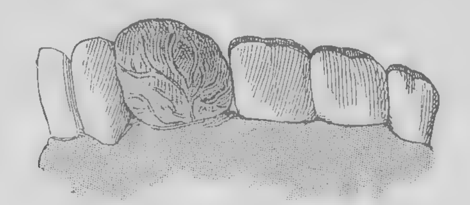


Fig. 12. — Face externe.



Fig. 13. — Face interne.

souffrance. Ses deux prémolaires droites ont été extraites par un dentiste à la campagne, il y a trois ans. L'épulis à cette époque commençait son évolution. Le dentiste ne crut pas devoir intervenir et la tumeur est devenue ce que l'on peut voir sur la figure.

Le 23 mai, une première ligature est faite avec du fil ciré, car nous n'avons pas les instruments nécessaires à notre disposition; le 24, même opération, la tumeur est légèrement violacée.

Le 25, la section du pédicule est pratiquée au bistouri et amène une hémorrhagie abondante qui nous oblige à différer la rugination. Un jet de sang de cinq millimètres au moins s'était produit dès la section. Nous tamponnons à l'aide de coton hydrophile boriqué, puis d'amadou jusqu'à parfaite hémostase, ensuite nous recommandons à la malade de garder son pansement d'amadou tel qu'il est fixé par le coagulum sanguin et de ne faire usage ce jour-là que d'aliments liquides.

La tumeur volumineuse, fortement pédiculée, est rouge violacé, de consistance dure, en forme de poire. Le 27, nous revoyons la malade : le pansement d'amadou est tombé ; elle n'a pas eu de nouvelle hémorrhagie. Nous appliquons un badigeonnage de teinture d'iode et recommandons des lavages de bouche avec l'acide borique. Les 30 et 31, rien à signaler.

Le 1er juin nous procédons à la rugination. Après une première incision pour mettre l'os à nu à l'aide d'une grosse fraise en forme de massue, fraise pour niveler les racines montée sur le tour, nous ruginons toutes les parties osseuses de l'implantation de l'épulis dans une étendue de 6 millimètres sur 5 de haut. Ce procédé de rugination au tour que nous signalons a l'avantage d'être rapide et sûr.

Cette fois, pas d'hémorrhagie ; nous tamponnons, lavons la plaie à l'eau oxygénée et y laissons à demeure dans les lèvres un boudin salolé et saupoudré d'iodoforme ; en même temps nous ordonnons les lavages suivants :

Hydrate de chloral	2 gr.
Acide borique	3 gr.
Eau distillée	100 gr.

Le 3, pas d'hémorrhagie, continuation des lavages.

Le 7, la plaie bourgeonne et se ferme rapidement.

Le 12 et le 15, application de teinture d'iode.

Le 23, la gencive a repris son état normal.

Examen histologique. — La tumeur est recouverte périphériquement par un revêtement épithélial rappelant celui de la muqueuse gingivale ; toutefois, même dans les

endroits où il est le plus normal, il diffère du revêtement ordinaire par l'hyperkératinisation des couches superficielles. En certains points ce processus est extrêmement accusé et l'épaisseur des couches qui ont subi la transformation cornée est égale à celle située au-dessous du *stratum granulosum*. Dans les couches ainsi cornées l'*éléidine* a pris un développement considérable. Les cellules qui la constituent sont volumineuses, bourrées de granulations d'*éléidine* disposées sur quatre ou cinq rangées. Cette formation est assez accusée pour se présenter sur les coupes, même à un faible grossissement, comme une ligne sombre séparant les couches susjacentes au corps de Malpighi de celles qui ont subi la métamorphose cornée.

La production de l'*éléidine* est assez abondante pour que cette substance diffuse dans les couches superficielles du revêtement épithélial, qui alors est différemment teinté par les colorants.

Les papilles sont normales en quelques points, mais en général elles s'hypertrophient, se multiplient en même temps qu'elles s'allongent et finissent par avoir un aspect franchement *papillomateux*. Ce qui achève de compléter la ressemblance avec un papillome, c'est l'abrasion des couches cornées. Dans les endroits auxquels nous faisons allusion, le revêtement épithélial est constitué par une série de cellules de dimension moyenne, ne présentant guère de transformation cornée, se succédant sans grande modification depuis la profondeur jusqu'à la superficie. Elles sont très écartées les unes des autres et réunies par des ponts intercellulaires bien développées.

La ressemblance avec un papillome est frappante. Il convient de se demander si cette modification papillaire n'est pas un acheminement vers une transformation plus grave: la transformation épithéliomateuse.

Le corps de la tumeur est composée *de tissu conjonctif* et, dans ses portions centrales, *de tissu osseux*. Le tissu conjonctif appartient au type lamineux, c'est un tissu dense scléreux, rempli de cellules embryonnaires, d'un certain

nombre de capillaires généralement ectasiés, à parois très minces et gorgés de sang. Les faisceaux conjonctifs sont disposés sans aucun ordre ; on trouve des faisceaux tourbillonnant autour d'autres dirigés perpendiculairement au premier.

Les cellules inflammatoires sont surtout nombreuses dans les portions périphériques au point où les papilles se sont transformées dans leur forme et dans leurs dispositions. Dans ces régions le corps de Malpighi a souvent perdu sa délimitation nette vis-à-vis du derme et les cellules inflammatoires s'insinuent entre les cellules du corps de Malpighi, de sorte qu'il est impossible d'établir d'une façon exacte la délimitation respective.

Le tissu osseux se présente sur les coupes sous forme d'îlots extrêmement irréguliers, dépourvus de lamelles concentriques et munis de nombreux ostéoplastes ; dans l'intervalle des travées osseuses existent des *calcosphérites*.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Le fonctionnement de la Société, fondée en mai 1899, fut un instant interrompu par la création et l'organisation de toutes pièces de l'École Dentaire de Lyon.

Le Dispensaire de l'École, ouvert en mai également, fonctionne depuis ce jour, à la satisfaction de tous, et grand est le nombre d'indigents qui reçurent des soins même avant l'ouverture des cours, qui eut lieu en novembre.

Le lundi 20 novembre, après une élaboration laborieuse, les cours de clinique et de dentisterie opératoire, furent ouverts et, chaque jour, les neuf étudiants inscrits en première année assistent à toutes les leçons et démonstrations composant l'enseignement de la première année.

Notre chemin était d'ailleurs tracé par notre aînée, l'École Dentaire de Paris ; mais ce ne fut cependant pas une petite affaire que de tout organiser et je dois ici rendre un public hommage au dévoué promoteur et fondateur de notre École, M. le Dr Guillot, qui fut toujours, dans la région lyonnaise, le porte-drapeau du progrès en art dentaire.

La Société d'Odontologie ne pourra être mieux représentée au Congrès Dentaire International de 1900 que par son sympathique fondateur et Président d'honneur, le Dr Guillot, qui a bien voulu accepter cette fonction pour le dit Congrès.

Notre École marche donc, grâce au dévouement de tous nos collaborateurs et grâce aussi à tous ceux qui de près ou de loin ont bien voulu nous encourager en s'intéressant à notre œuvre, destinée à relever le niveau moral de notre profession et à soulager des milliers d'indigents qui viennent chercher dans notre Dispensaire les soins que ne peuvent leur donner les cliniques dentaires des hôpitaux.

Nous pouvons donc constater que ce qui, il y a un an à peine, n'était qu'une simple aspiration est maintenant une chose faite.

Séance du jeudi 11 janvier 1900.

Présents : MM. Pont, Ravet, Harwood, J. Bonnaric, Pilloy, Rouvier, E. Bonnaric, Dr Rafin, Vichot.

La séance est ouverte à 8 h. 45 sous la présidence de M. Ravet, vice-président.

Il est procédé à la constitution du bureau pour l'année 1900.

M. le Dr Guillot, fondateur de la Société et ancien Président, est nommé Président d'honneur par acclamation.

Sont élus :

Président : M. le Dr Pont.

1er *Vice-Président :* M. Ravet.

2e — — M. Harwood.

Secrétaire général : M. Vichot.

Secrétaire des séances : M. J. Bonnaric.

M. le Dr Pont prend alors la présidence et fait la communication suivante, résumé de ses intéressants travaux sur cette question.

Traitement de l'hyperesthésie de la dentine par la cataphorèse cocainique.

La cataphorèse, qu'il faudrait appeler plutôt électrophorèse, consiste à faire pénétrer dans l'organisme des substances médicamenteuses au moyen du courant continu.

Cette pénétration, comme l'a démontré M. Aubert en 1892, ne se fait qu'à une très petite profondeur à travers la peau. D'après nos expériences personnelles, il en est à peu près de même pour les tissus dentaires.

Le traitement de la carie au deuxième degré, c'est-à-dire lorsque la chambre pulpaire n'est pas encore atteinte, est très simple.

Il consiste, en effet, à réséquer la dentine malade et à donner à la cavité une forme appropriée au genre d'obturation qu'on se propose de faire.

Dans ces conditions, l'électrophorèse ne paraît devoir être d'aucune utilité.

Malheureusement, dans certains cas, il est impossible, en raison de l'extrême sensibilité de la dent, de réséquer les parties cariées et chez presque tous les patients la vue seule de la machine à fraiser provoque une sensation désagréable. C'est là un des principaux avantages de la cataphorèse, car maintenant, grâce à cette méthode, l'obturation d'une dent peut être pratiquée très rapidement et sans souffrance.

On a proposé, pour abolir l'hyperesthésie de la dentine, une foule de moyens, tels que la projection de vapeurs chaudes d'éther, le stippage avec le chlorure d'éthyle, l'administration de sulfate de quinine à l'intérieur quelques heures avant l'intervention, etc...

Mais tous ces moyens sont souvent infidèles ; la plupart nécessitent plusieurs pansements et par conséquent une perte de temps considérable pour le patient, enfin quelques-uns sont intolérables. Ainsi la projection d'air chaud pour la dessiccation d'une cavité est parfois très douloureuse, et certains patients ne peuvent la supporter. La meilleure preuve que toutes ces méthodes d'anesthésie de la dentine ne sont pas toujours efficaces, c'est qu'elles sont très nombreuses ; s'il y en avait eu réellement une bonne, les autres auraient été vite oubliées.

Nous ne nions pas cependant la valeur et l'utilité de ces moyens ; nous croyons même que dans certains cas ils peuvent nous dispenser de l'électrophorèse; toutefois, cette dernière reste la seule ressource lorsque les autres procédés ont échoué, et, selon nous, lorsqu'on aura l'habitude de la pratiquer, elle constituera la méthode courante et non pas la méthode d'exception.

Le manuel opératoire de l'électrophorèse pour abolir l'hyperesthésie de la dentine ne présente pas beaucoup de difficultés et, en somme, est assez simple.

Après avoir pris les précautions ordinaires, après avoir placé la digue et s'être mis à l'abri de la salive d'une façon aussi parfaite qu'il est possible, on nettoie la cavité et on la débarrasse de tous les corps étrangers qu'elle renferme.

Il faut en outre enlever le plus possible de dentine ramollie à l'aide des excavateurs, car le médicament n'étant pas transporté à une grande profondeur, on évitera ainsi une seconde application du courant et on pourra préparer la cavité en une seule fois.

Certains auteurs recommandent une application d'eau salée avant celle du médicament, afin de favoriser le passage du courant ; mais, à notre avis, cette précaution est inutile et l'on obtient d'aussi bons résultats en la supprimant.

L'application d'eau salée diminue très peu la résistance, et cela a d'autant moins d'importance qu'il existe à ce point de vue, suivant les sujets, suivant la dent et suivant la profondeur de la carie, des différences considérables.

Voyons maintenant quel est le médicament qui donne les meilleurs résultats pour abolir l'hyperesthésie de la dentine au moyen de l'électrophorèse.

On a essayé surtout la cocaïne et on l'a employée, tantôt seule en solution à 10, 20, 30, 40 pour 100, et tantôt mélangée au gaïacol, à l'eau oxygénée, etc.

Personnellement nous avons essayé en outre la tropacocaïne, l'eucaïne, l'orthoforme, mais aucune de ces substances ne nous a donné de résultats supérieurs à la cocaïne. Nous employons généralement le chlorhydrate ; certains autres sels de cet alcaloïde recommandés par divers auteurs ne lui sont pas préférables.

Le titre de la solution importe peu, et les résultats obtenus sont sensiblement les mêmes avec une solution de 10, 20, 30 pour 100.

En raison de l'altération rapide des solutions de cocaïne, toutes les fois que nous nous servons de ce médicament pour les badigeonnages, les injections ou l'électrophorèse, nous employons une solution préparée extemporanément. Dans le cas particulier voici comment nous procédons : nous entourons la boule de platine qui termine l'électrode active d'une certaine quantité de coton hydro-

phile et aseptique, de façon à obtenir une boulette d'un volume égal à peu près à celui de la cavité ; puis nous l'imbibons d'eau distillée. Ceci fait, nous ouvrons un paquet renfermant 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, nous divisons le contenu en quatre parties, et nous promenons la boulette de coton sur le médicament jusqu'à ce qu'il soit tout absorbé. En somme la solution que nous obtenons ainsi est une solution à 20 pour 100 suivant le volume de la cavité et, partant, le volume de la boulette de coton.

Nous introduisons l'extrémité de l'électrode ainsi préparée dans la cavité et nous la maintenons avec la main ou bien nous la fixons avec un peu de gutta. Nous plaçons ensuite l'électrode indifférente sur la joue ou dans la main du patient. Nous faisons alors passer le courant et nous l'augmentons très graduellement et très doucement au moyen du rhéostat.

A partir de ce moment, il ne faut pas perdre de vue le milliampéremètre et il faut s'arrêter dès que le malade accuse une sensation quelconque, si légère soit-elle. Lorsque le milliampéremètre est arrivé à trois ou quatre dixièmes de milliampères on s'arrête, même si le sujet n'a rien ressenti. On fait passer encore le courant pendant quatre à cinq minutes et, au bout de ce temps, on ramène graduellement le rhéostat à zéro.

Les chiffres que nous donnons pour l'intensité du courant et pour la durée sont suffisants et il est inutile de les dépasser, car, au bout de ce temps, on a suffisamment imprégné la dentine de cocaïne pour obtenir l'anesthésie voulue.

Pendant toute la durée de l'application du courant, il faut prendre les précautions que nous avons déjà énumérées et cela d'autant plus minutieusement qu'ici la pulpe est vivante et que, par conséquent, les moindres variations brusques du courant peuvent provoquer des douleurs. Pour les grandes cavités il est quelquefois nécessaire d'ajouter un peu de cocaïne au milieu de l'opération. Dans ce cas, au bout de deux minutes on ramène l'aiguille à zéro, on imbibe l'électrode avec une goutte de la solution de cocaïne et l'on recommence l'application encore pendant deux minutes. Pour les cavités de ce genre, il faut en outre que la boulette de coton remplisse bien la cavité, car autrement il y aurait des parties de dentine qui ne seraient pas insensibilisées.

Lorsqu'on a fini, on retire l'électrode et l'on peut presque aussitôt fraiser hardiment la dentine et préparer la cavité.

Si cette préparation était un peu longue, et si la dentine, au bout de quelques minutes redevenait sensible, on ferait une deuxième séance d'électrophorèse ; mais ces cas sont excessivement rares, et l'on arrive presque toujours à préparer la cavité après une seule application du courant.

Nous avons publié, dans notre thèse inaugurale, environ cinquante cas d'hyperesthésie de la dentine traités par l'électrophorèse cocaïnique.

Depuis lors nous avons recueilli un grand nombre d'autres observations et le résultat a toujours été excellent.

On a reproché à cette méthode d'être trop longue et d'exiger trop de temps ; nous croyons, au contraire, que dans beaucoup de cas elle permet d'aller plus vite, car le patient ne souffre pas et laisse opérer tranquillement le chirurgien.

On a prétendu encore que la cataphorèse était peu pratique en raison de l'instrumentation compliquée qu'elle exige et en raison des difficultés opératoires.

On pourrait d'abord objecter que, si ces reproches sont fondés, ils n'ont rien de scientifique, mais nous les avons réfutés dans notre thèse et nous ne pouvons insister plus longuement ici.

En somme nous pouvons affirmer et conclure que la cataphorèse cocaïnique, ou plutôt l'électrophorèse cocaïnique, est très utile dans le cas d'hyperesthésie de la dentine, car elle permet de fraiser et de préparer une cavité sans faire souffrir le patient. Le courant employé est en moyenne de deux à quatre dixièmes de milliampères et il est inutile de l'appliquer pendant plus de six à huit minutes.

Le manuel opératoire est assez simple : il faut faire passer le courant très progressivement et éviter les interruptions brusques. Il faut aussi se mettre à l'abri de la salive et s'assurer que le courant passe exclusivement par la dent.

Après quelques observations échangées sur le manuel opératoire et l'action de l'électrophorèse dans nombre d'autres cas de pathologie dentaire, nous remercions M. le D[r] Pont de la primeur de son intéressant travail et la séance est levée à 11 h. 20.

Le Secrétaire,
J. Vichot.

Nous sommes heureux de prêter nos colonnes à la jeune Société d'odontologie et d'applaudir à ces résultats, qui nous font bien augurer de son avenir.

La Rédaction.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 20 novembre 1899.

Présidence de M. Cruet.

M. le Dr Rodier présente une malade qui offre un cas curieux de langue dite *scrotale*, mais sur laquelle il n'a aucun renseignement.

M. le Dr Amoedo présente les observations de *deux implantations consolidées, faites dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.*

M. Rodier demande pourquoi M. Amoëdo emploie l'acide lactique plutôt que l'acide sulfurique.

M. Amoëdo. — Par habitude.

M. Cruet reste persuadé que c'est l'empirisme plutôt que la théorie qui a dirigé la pratique de M. Amoëdo. Il croit être conciliant en exprimant l'opinion que la résorption alvéolaire n'était pas considérable et que la pyorrhée était légère; mais il ne peut que constater la réussite de l'intervention dans le cas particulier.

Rappelons qu'il s'agit non d'implantations, mais de réimplantations.

M. le Dr Gourc présente une communication intitulée : *Fistule commissurale d'origine non dentaire.*

M. Pietkiewicz critique le titre de la communication. En réalité dans le cas dont il s'agit il n'y avait pas de fistule, mais une inoculation de furonculose.

M. le Dr Frey décrit avec la grande clarté que nous lui connaissons une observation de *parotidite double avec accidents buccaux.*

Je regrette que le cadre étroit que je me suis tracé ne me permette pas d'en donner une analyse. Je citerai toutefois les dernières phrases de ce travail : Enfin il est évident que l'absence de salive parotidienne a exalté la virulence de certains microbes pyogènes intra-buccaux, lesquels, par le canal de Sténon *à vide*, ont infecté secondairement la glande ; donc la filiation des accidents me paraît être la suivante ;

1° Arthrite temporo-maxillaire.

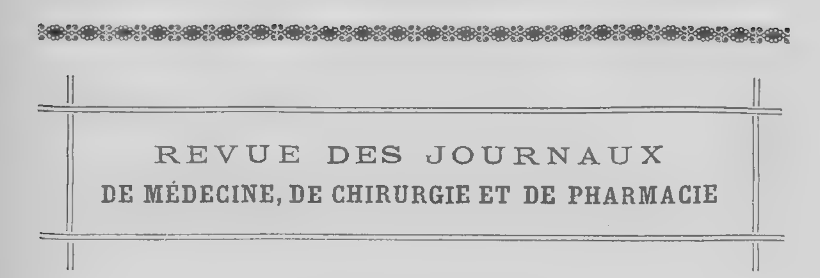
2° Inflammation parotidienne de voisinage.

5° Arrêt de la sécrétion glandulaire, exaltation de la virulence microbienne intra-buccale.

4° Infection secondaire, par le canal de Sténon.

« Enfin, messieurs, permettez-moi d'attirer votre attention sur l'action de la pilocarpine ; la sécrétion salivaire réveillée débarrasse les conduits glandulaires de leur pus par une sorte de vis a tergo et les muqueuses reprennent leur état normal au point de pouvoir tolérer la présence du dentier. »

G. G.



REVUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — Phlegmon sublingal.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* M. Marchese de Luna cite un cas d'angine de Ludwig, tout d'abord traité comme accident de dent de sagesse inférieure droite (accident de carie), puis reconnu comme étant, par sa marche rapide, le refoulement de la langue, sa putréfaction, le tout accompagné de fièvre, un cas de *phlegmon sublingual.*

L'intervention chirurgicale s'impose, mais l'entourage du malade retarde cette intervention. Le malade meurt; d'où conclusion : intervention chirurgicale immédiate dans ces sortes de cas.

II. — Angine lacunaire ulcéreuse de Moure.

A propos de l'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes de Vincent et de *l'angine lacunaire ulcéreuse de Moure.*

Le bacille se montre dans les fausses membranes de la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine lacunaire; on le rencontre aussi dans le tartre dentaire, il localiserait une même maladie. L'amygdalite produit une fausse membrane diphtéroïde (Vincent) ou envahit le tissu et donne naissance à une ulcération simulant un chancre.

Cliniquement il y a un engorgement des ganglions rétro-maxillaires, suivi de fièvre et de fétidité d'haleine. La teinture d'iode en application guérit l'angine de la stomatite à son début.

(*Société d'anatomie de Bordeaux.*)

III. — Calcul de l'amygdale (M. Verdelet).

Il s'agit d'un calcul de 12 centigrammes extrait par la femme d'un homme de la campagne, qui se plaignait depuis quelques jours de maux de gorge. Ce calcul volumineux, d'aspect grisâtre, contenant du mucus organique, du carbonate et du phosphate de chaux, semblait formé de petits grains ronds appendus à une tige ramifiée.

IV. — Identification des cadavres par l'expert dentiste.

M. O. Amoëdo sur *l'identification des cadavres par l'expert dentiste*, dans une étude très importante sur les services que peut rendre le dentiste (*Semana medica*), n'oublie qu'une chose, c'est qu'il s'adressera à des juges, c'est-à-dire à des gens imbus d'eux-mêmes, n'admettant aucune science que la leur. Admettront-ils l'opinion d'un pauvre dentiste ? Nous le *souhaitons, mais n'osons l'espérer !*

V. — Mal perforant buccal.

M. Baudet donne les symptômes du *mal perforant buccal*. Les dents tombent, sans carie et en général sans pyorrhée. C'est toujours par le maxillaire supérieur que débute la maladie ; pas de douleur, pas d'hémorrhagie. Au rebord alvéolaire existe souvent après la chute des dents une ulcération, puis une perforation, mais cette perforation n'existe qu'au maxillaire supérieur; elle est rarement bilatérale, fait communiquer le sinus et la fosse nasale correspondante. A noter les troubles de la voix, la déglutition vicieuse, la lèvre supérieure en retrait sur la lèvre inférieure ; des douleurs vives ou lancinantes.

L'évolution de la maladie dure de 1 à 7 ans ; les perforations n'augmentent plus une fois créées ; le pronostic n'en est pas grave ; ce qui est grave chez les malades atteints du mal perforant, c'est la maladie initiale : ils sont presque tous ataxiques.

Le mal perforant suit le bord alvéolaire, la perforation est allongée, c'est ce qui le distingue tout d'abord des perforations syphilitiques qui siègent surtout au palais et qu'un traitement approprié arrête.

Le mal perforant n'a été jusqu'ici signalé que chez l'homme.

VI. — Nécrose du maxillaire inférieur consécutive a la rougeole chez un enfant de six ans.

M. *Colle* résume l'observation d'un enfant de six ans qui, à la suite d'une rougeole, présenta des symptômes très intenses d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur, accompagnés d'une fièvre très vive ; au bout de quelques jours, les symptômes généraux et locaux s'amendèrent très vite à la suite d'un écoulement abondant de pus par la bouche. Peu à peu l'écoulement diminua, sans toutefois tarir complètement. Trois mois après cette période aiguë, M. Colle, appelé près du malade, sentit un séquestre osseux très mobile, constitué par la branche montante et le condyle du maxillaire inférieur.

L'ablation fut très facile. A ce moment, M. Colle ne put constater de formation osseuse nouvelle. Mais, très rapidement, en moins d'un mois, la brèche osseuse se répara complètement, ne laissant substituer qu'une légère asymétrie faciale, peu visible d'ailleurs ; 'articulation avait récupéré tous ses mouvements ; l'angle du maxillaire était un peu plus obtus, le rebord alvéolaire très mince.

(Société de médecine du Nord.)

VII. — L'eau oxygénée contre la stomatite mercurielle.

M. Lenz, de Moscou, considère avec Bœnnecken le peroxyde d'hydrogène comme le meilleur traitement local de la stomatite mercurielle. Un gargarisme de 2 o/o de peroxyde d'hydrogène détruit rapidement l'haleine fétide, propre à l'inflammation mercurielle de la cavité buccale, débarrasse les bords des gencives des produits de décomposition qui les recouvrent et en amène en peu de temps la guérison. A ce traitement il faudrait ajouter le traitement des caries et l'enlèvement du tartre.

VIII. — Appareil de contention pour les dents greffées, par le Dr Cruet.

L'auteur se sert d'un fil de platine qui embrasse au collet la dent implantée et les adjacentes en une seule anse, le nœud se fait à la partie antéro-externe d'une des dents latérales où on le dissimule très bien. Il fait alors passer sur la dent réimplantée une lamelle de plomb *(pourquoi pas un métal moins nuisible ?)* en avant et en arrière, les extrémités sont ensuite recourbées. En appuyant alors avec les doigts, la plaque de plomb se moule sous les dents, d'où maintien parfait de la dent.

Ce procédé diffère peu d'ailleurs de plusieurs autres déjà décrits ici depuis de longues années.

IX. — Anesthésie générale par l'éther, par le Dr Decrequy.

Quand il s'agit d'une intervention un peu longue, on ne peut se servir du protoxyde d'azote ni du bromure d'éthyle, l'auteur préfère alors l'éther dont les effets se font sentir plus longtemps qu'avec le chloroforme. Ensuite, l'innocuité est plus grande avec le premier qu'avec le second : la statistique relève, en effet, 1 mort pour 3,749 chloroformisations et 1 mort pour 16,675 éthérisations.

X. — Kyste dentifère.

M. le professeur Berger, dans la *Presse Médicale*, montre, d'après l'opération faite par lui d'un *kyste dentifère*, qu'il n'y a pas de distinc-

tion clinique à établir entre les *kystes dentifères* et les kystes radiculaires. L'absence d'une des dents, arrêtée dans son évolution, n'est pas une caractéristique des kystes dentifères; ils proviendraient tous des débris épithéliaux para-dentaires (opinion de MM. Malassez et Albarran). Les kystes doivent être très largement ouverts et leur cavité naturellement entretenue le plus antiseptiquement possible.

XI. — Complications entrainées par les dents a pulpe morte.

A la *Société de Médecine* M. Loup, notre confrère, présente un séquestre auquel adhèrent l'incisive latérale et la canine. La place nous manque malheureusement pour pouvoir parler de ce cas très intéressant, ainsi que des autres cas cités par le même auteur sur les *complications entraînées par les dents à pulpe morte.*

C. Charpentier.

XII. — Œsophagotomie pour l'ablation d'un ratelier.

Dans la séance du 26 juillet 1899 de la Société de chirurgie le D Segond fait part de son intervention à la suite de l'ingestion d'un râtelier. Après radiographie et le siège de l'appareil étant connu, il pratiqua l'œsophagotomie, dont les suites opératoires furent excellentes. A cette occasion le docteur Reclus rappelle l'emploi du panier de De Greef qui lui a donné de bons résultats après qu'un enfant de 2 ans 1/2 avait avalé une pièce de monnaie. La radiographie avait ici aussi indiqué le siège du corps étranger.

A son tour, le Dr Championnière donne son avis, qui est favorable à la méthode sanglante lorsqu'on a affaire à un râtelier avec crochets, mais, dit-il, il emploierait le panier de De Greef lorsque le corps étranger absorbé est rond ou mousse. Il cite un cas où le dernier moyen ayant été employé pour débarrasser le tube digestif d'un os de poulet, celui-ci perfora la carotide.

Le Dr Poirier se rallie à l'avis de ce dernier, ainsi que le Dr Kirmisson qui fait une exception pour les enfants. Chez ceux-ci, il emploie un crochet spécial de son invention et dont il se sert très avantageusement à l'hôpital des enfants.

Nous rappellerons à ce sujet un remède que j'ai signalé dans le *Progrès Médical* et qui consiste à absorber pendant plusieurs repas uniquement de la bouillie de pommes de terre ou de la compote de pruneaux.

(Progrès médical belge.)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Modification à la technique de l'anesthésie locale, spécialement pour les extractions dentaires, par M. Rodolphe Chapot-Prévost, chirurgien-dentiste à Rio-de-Janeiro [1].

Ayant obtenu quelques insuccès par l'emploi de la méthode classique d'injections gingivales de cocaïne pour les extractions dentaires, l'auteur nous fait part d'une modification au procédé habituel qui lui permet, dit-il, d'obtenir de meilleurs résultats. Voici en quoi consiste sa méthode :

« Les modifications que nous vous présentons consistent donc : 1° à remplacer les aiguilles par des pointes aplaties, obtuses, creuses et pourvues d'un orifice placé latéralement près de l'extrémité, évitant la douleur des piqûres de l'aiguille ; 2° à faire les injections entre la dent et la gencive ou même la paroi alvéolaire, c'est-à-dire injections inter-odonto-gingivales ou encore inter-odonto-alvéolaires, au lieu d'être intra-muqueuses ; en somme, à chercher à anesthésier le périoste alvéolo-dentaire de préférence à la muqueuse gingivale vu que ce n'est absolument que par l'insensibilité complète de cette membrane qu'on peut avec efficacité abolir la douleur de l'extraction. »

Je doute fort que M. Chapot-Prévost obtienne de bons résultats de cette façon d'opérer basée sur quelques considérations théoriques non encore complètement démontrées, car il n'est pas démontré, en effet, qu'une injection intra-gingivale de cocaïne ne produise pas l'anesthésie du ligament alvéolo-dentaire et, il n'est pas démontré non plus que la douleur de l'extraction dentaire reconnaisse pour cause exclusive l'arrachement du ligament.

Mais je ne veux pas m'étendre sur des considérations théoriques toujours discutables, lorsque j'ai à profusion des faits cliniques qui viennent à l'appui de la manière de procéder classique. Comment expliquer alors ces superbes anesthésies que nous obtenons fréquemment, que M. Chapot-Prévost n'a pas pu obtenir, je ne sais pourquoi, où l'opérateur travaille dans un tissu blanchâtre, totalement ischémié, presque sans une goutte de sang et en tout cas sans aucune douleur pour le malade ?

Au point de vue pratique, je crains beaucoup que la méthode de

1. V. *L'Odontologie* du 15 octobre 1899.

l'auteur ne soit inapplicable. Faire pénétrer une aiguille dans une articulation alvéolo-dentaire saine et injecter une solution anesthésique me paraît un problème difficile à résoudre. D'autre part, pratiquer l'injection dans la gencive, au collet de la dent, me semble également irréalisable, car la muqueuse en ce point est trop mince et ne saurait retenir le produit injecté.

M. Chapot-Prévost nous éclaire d'ailleurs lui-même sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode :

« Nous injectons ainsi entre la dent et l'alvéole dans tous les sens environ 1 gramme de solution de cocaïne à 2 ou 3 o/o et, quatre minutes après, le patient éprouve, ainsi qu'il arrive habituellement, comme la sensation d'augmentation apparente de la langue ; alors nous pratiquons l'extraction, qui est faite *presque* sans douleur. »

Cette sensation d'augmentation apparente de la langue n'est-elle pas due à ce que l'injection n'a pas pu pénétrer et s'est répandue de ce côté de la bouche, anesthésiant superficiellement la muqueuse linguale ? Elle me semble différente de la sensation accusée par le malade lorsque l'injection a été faite dans de bonnes conditions ; le malade dit alors que la partie anesthésiée lui semble « être de bois ».

Enfin l'auteur termine en disant que l'extraction est pratiquée *presque* sans douleur. Eh bien ce « presque » me paraît devoir juger la méthode ; dès l'instant que par ce moyen on n'obtient qu'une anesthésie « presque suffisante », de l'aveu même de l'auteur, pourquoi employer ce procédé alors que les méthodes classiques, dans l'énorme majorité des cas et dans des conditions bien spécifiées, nous donnent une anesthésie « complètement suffisante ».

Toutefois du travail de M. Chapot-Prévost il me paraît devoir être retenu quelque chose. Le départ de l'injection, toujours intramuqueuse, pourrait avoir lieu plus près du collet de la dent que du sommet de la racine, de façon à anesthésier plus aisément le tissu gingival enserrant la dent et par suite le ligament dentaire ; quelques praticiens emploient depuis longtemps cette manière de faire et s'en trouvent bien.

Je signale avant de terminer cette analyse quelques lignes très justes de M. Rodolphe Chapot-Prévost au sujet de l'emploi de la cocaïne par les Américains (du Nord) :

« Il est effectivement désolant de voir l'Américain, en général si pratique et entreprenant, consacrer à peine quelques lignes à l'anesthésie par la cocaïne, pour l'extraction des dents, dans ce livre qui nous semble être le plus complet que l'on puisse désirer sur la chirurgie dentaire, en langue anglaise. »

Voici la traduction des quelques lignes auxquelles notre confrère fait allusion, prises dans le traité du Dr Litch, professeur à l'Ecole den-

taire de Philadelphie, et qui constituent tout ce que dit l'auteur sur ce sujet :

« Comme anesthésique local dans l'extraction des dents, on a trouvé que la cocaïne avait une action trop superficielle pour donner des résultats satisfaisants. Cependant, en pratiquant une injection copieuse de cocaïne dans les tissus gingivaux autour de la dent à extraire on peut quelquefois obtenir un adoucissement très net de la douleur. » (Wilbur F. Litch, *The American System of Dentistry*).

G. Gross.

PUBLICATIONS DIVERSES.

Nous recevons de M. le Dr Marage une brochure intitulée : *Rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse,* communication à l'Académie de médecine du 5 décembre 1899.

M. le Dr Georges Disdsbury fils d'un de nos distingués et meilleurs confrères nous adresse une observation très intéressante sur *un cas de volumineuses tumeurs de la base de la langue tombant dans le larynx* et dont l'examen histologique ne put point déterminer la nature exacte.

Nous regrettons de ne pouvoir, faute de place, publier ce travail, qui porte d'ailleurs sur un sujet un peu en dehors de notre spécialité.

La Société d'éditions scientifiques édite un volume du Dr Henry Labonne ayant pour titre : *Comment on défend sa bouche.* Ce petit travail d'une quarantaine de pages s'adresse au public et a pour but de lui faire connaître quelques notions de pathologie et surtout d'hygiène buccale.

Il s'y glisse bien un tout petit peu de réclame, mais elle est si anodine et si modeste qu'il ne faut pas trop en tenir rigueur à l'auteur.

M. John Fitzgerald, de Londres, publie une deuxième édition, non modifiée, de son ouvrage sur la *Pyorrhée alvéolaire*, la première édition étant épuisée. Je ne reviendrai pas sur ce travail qui a été analysé, il y a quelques mois, dans *L'Odontologie*.

Je félicite l'auteur du succès mérité de cet ouvrage.

G. G.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONCOURS POUR UNE PLACE DE PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE.

Art. 1er. — Le Conseil de direction de l'Ecole Dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour une place de professeur suppléant de clinique. Ce concours commencera le dimanche, 6 mai, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. A cette séance le jury procédera à l'examen des titres des candidats et communiquera une liste de huit questions parmi lesquelles il en sera tiré une pour la dissertation écrite.

Jury.

Art. 2. — Le Jury du concours se compose de cinq membres : le Directeur de l'Ecole, président ; un professeur docteur en médecine, deux professeurs de clinique, un professeur de dentisterie opératoire.

Un délégué du Conseil de direction assiste aux opérations du jury.

Épreuves.

Art. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve écrite* sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance. Ces questions leur seront données dans la première séance :

La question à traiter sera tirée au sort. Trois heures seront accordées pour le travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Les compositions seront lues en présence du jury.

2° *Des épreuves clinique*, comprenant : *a)* UNE LEÇON ORALE sur un ou deux malades, au choix du jury ; le candidat aura une demi-heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (diagnostic, étiologie, marche, pronostic et indications thérapeutiques) ;

b) UNE PREUVE PRATIQUE, comprenant l'exécution, sur le malade, de deux opérations indiquées par le jury et pouvant se faire séance tenante.

Les deux épreuves cliniques seront subies à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

3° *Un cours fait oralement* pendant trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury.

Le candidat aura trois jours pour la préparation de ce cours et pourra, en le faisant devant le jury, s'aider de livres ou de notes.

Le sujet de ce cours sera donné à l'issue de l'épreuve précédente.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est de :

Titres des candidats	Titres universitaires	5	45
	Titres dentaires (démonstrateurs, chefs de clinique, etc.)	20	
	Travaux scientifiques, publications	20	
Dissertation (épreuve écrite)			30
Épreuves cliniques..	L'examen d'un ou de deux malades au choix du jury	20	40
	Épreuve pratique	20	
Cours (épreuve orale)			40
		Total :	155

Minimum fixé par la commission : 115 points.

Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points de titres des candidats seront fixés au début de l'examen avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée par le Conseil de direction de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury de concours, la Commission d'enseignement entendue.

Conditions d'admission au concours.

Art. 7. — *a*) Être âgé de 28 ans au moins.

b) Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine.

c) N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

d) Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours dans une demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

f) Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, et avoir rempli pendant trois ans au moins les fonctions de chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900
COMITÉ D'ORGANISATION DE LA 11e SECTION

(PRÉSENTATIONS DIVERSES ; MUSÉE ; INSTALLATIONS DE CABINETS D'OPÉRATION, DE LABORATOIRES, D'APPAREILS ÉLECTRIQUES, COMPTABILITÉ, ETC.)

Paris, mars 1900.

M

Nous avons l'honneur de vous confirmer notre première circulaire du mois de décembre dernier, en vous priant de nous envoyer votre acceptation, si vous ne l'avez pas encore fait.

Les travaux de la 11e section seront divisés en plusieurs parties :

1° MUSÉE, comprenant les moulages, pièces anatomiques, scientifiques, etc., ainsi que les méthodes d'enseignement ;

2° TRAVAUX, PRODUITS, PROCÉDÉS, présentés par des confrères ou par des Ecoles et Sociétés professionnelles.

Les frais d'installation de ces deux séries seront supportés par la caisse du Congrès.

EXPOSITION

La 11e section est également chargée d'organiser une EXPOSITION PERMANENTE AVEC DÉMONSTRATIONS FACULTATIVES *d'instruments, outillages de cabinets d'opération et d'ateliers,* présentés par les fabricants ou fournisseurs pour dentistes.

Pour cette dernière catégorie, l'emplacement sera concédé à titre gracieux, l'installation particulière et la force motrice seront seules à la charge des exposants.

Nous avons déjà reçu pour ces diverses classes de nombreuses demandes et nous pouvons assurer que l'ensemble de la 11e section sera très intéressant.

Pour faire le devis de la construction à édifier, il importe que nous

soyons fixés dès maintenant sur l'emplacement nécessaire à chaque exposant. En conséquence, nous vous prions de vouloir bien nous faire connaître, dans le plus bref délai possible, les dimensions en *longueur*, *largeur* et *hauteur* de la place qui vous sera nécessaire, ainsi que la force motrice, *gaz*, *eau*, *électricité*, dont vous aurez besoin pour assurer le fonctionnement de vos appareils.

L'Exposition sera ouverte du 5 au 20 août. Tous les produits qui y figureront devront nous parvenir 45, rue de La Tour-d'Auvergne, le 20 juillet au plus tard.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Le Secrétaire, PAULME. *Le Président*, ED. PAPOT.

NOTA. — Envoyer toute la correspondance au Secrétaire général, M. le Dr E. Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. Pour tous renseignements verbaux, s'adresser tous les vendredis matins à MM. Papot et Paulme, à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

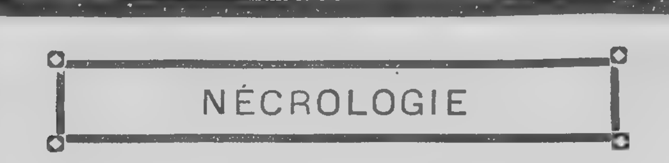
La réunion professionnelle qui doit être tenue à Paris du 8 au 14 août rencontre chaque jour des adhésions plus nombreuses et des concours qui semblent devoir en assurer le succès.

L'Autriche a constitué un Comité national sous la présidence de MM. Drs Johann Pichler, président de la Société des chirurgiens-dentistes autrichiens, et Johann Frank, président de la Société des chirurgiens-dentistes viennois. Le Congrès est ainsi assuré de la participation des deux plus importantes Sociétés dentaires d'Autriche. La formation d'un Comité italien est dès à présent acquise. Les Sociétés hongroises doivent également être représentées.

La Commission d'organisation prépare actuellement une nouvelle circulaire générale complétant celle de janvier et donnant les titres et les noms des auteurs des rapports, communications, présentations, etc., en un mot un programme provisoire, mais déjà suffisamment complet pour montrer que le Congrès de 1900 sera à la fois une grande manifestation professionnelle et une grande manifestation scientifique.

Nous engageons ceux de nos confrères qui désirent présenter des travaux au Congrès à en aviser le plus tôt possible la Commission d'organisation.

Le Comité national américain publie dans le *Dental Cosmos* et dans divers journaux américains les réductions consenties par les Compagnies de navigation et de chemins de fer pour faciliter le voyage à Paris des congressistes, et engage les Congressistes à s'adresser à l'agence Cook, de New-York.



NÉCROLOGIE

M. ARMAND PIGIS

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère A. Pigis, décédé le 9 mars, à Toulouse, à l'âge de 40 ans, après une longue et douloureuse maladie.

Diplômé de l'Ecole dentaire en 1884, il fut nommé cette même année, après concours, chef adjoint du laboratoire de prothèse et successivement chef du laboratoire (1887), membre du conseil de direction (1887), chargé de cours et professeur suppléant de prothèse (1888).

Déjà très souffrant lors de la mise en vigueur de la loi de 1892 sur l'exercice de l'art dentaire, il fit preuve d'une grande énergie en se préparant avec ardeur aux examens de la Faculté de Médecine, qu'il subit avec succès en 1894. Il aimait son art avec passion et n'a malheureusement pu donner tout ce qu'il promettait, la maladie, hélas! l'ayant terrassé de bonne heure.

Nous nous inclinons respectueusement devant cette tombe ouverte prématurément et nous prions sa famille de recevoir, en cette douloureuse circonstance, l'hommage de nos sentiments de bien sincères condoléances.

P. M.

M. PORTE

Nous avons également le regret d'apprendre la mort de M. Porte, pharmacien et chirurgien-dentiste à Bort (Corrèze), décédé à la suite d'un accident. Notre confrère était depuis longtemps déjà membre de l'Association générale des Dentistes de France.

Nous exprimons à sa veuve et à sa famille tous nos regrets pour cette perte cruelle.



Mariage de M. Claser.

On annonce le mariage de M. Auguste Claser, membre du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, avec Mlle Toulouppe.

Nous adressons nos félicitations à notre sympathique confrère.

Association des mécaniciens-dentistes de Lyon et du Sud-Est

Nous apprenons la fondation à Lyon d'un *Syndical des mécaniciens-dentistes de Lyon et du Sud-Est.*

Nous adressons tous nos vœux de prospérité à la jeune Société. Nous lui ferons toutefois observer qu'il était inutile de demander l'autorisation préfectorale pour se fonder, car, aux termes de la loi de 1884, il suffit de déposer les statuts et le nom des administrateurs pour avoir le droit de créer un syndicat professionnel. Ajoutons qu'il y a tout avantage pour les associations professionnelles à se réclamer de cette loi, extrêmement libérale, plutôt que de celle de 1831 sur les groupements de plus de 20 personnes.

Erratum.

Dans le n° du 15 mars, page 218, ligne 36, lire *De plus, n'avais-je pas été élevé*, etc., au lieu de *De plus, je n'avais pas été élevé*, etc.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 95. — *Les travaux suivants du Dr Bonwill ont-ils été traduits en français ; et dans ce cas dans quelle publication ont-ils paru ?*

1° *Lois géométriques et mécaniques de l'articulation.*

2° *Nouvelle méthode de palais à crochets comparée au travail à pont.*

3° *L'articulation scientifique des dents humaines basée sur les lois géométriques, mathématiques et mécaniques.* UN ABONNÉ.

? N° 105. — *Un dentiste a-t-il le droit d'avoir plusieurs cabinets dans des villes différentes en ayant dans ces cabinets des opérateurs diplômés ?*

UN OPÉRO.

☞ *Réponse.* — *L'Odontologie* a déjà eu, sous une autre forme, l'occasion d'examiner cette question (V. 1897, p. 355 ; et 1898, p. 221).

Nous estimons qu'un dentiste ne peut tenir d'autre cabinet que celui qu'il dirige en personne.

S'il veut exploiter les stations thermales, libre à lui ; mais il ne pourrait laisser ouvert et confier à un tiers, en son absence, le siège principal de son exploitation professionnelle.

La loi de 1892 considère, en effet, l'art dentaire comme une *branche spéciale* de la médecine, et elle lui refuse tout caractère commercial.

Bien que la loi, à la différence de ce qui a été fait pour les pharmaciens, n'interdise pas expressément au dentiste de faire exploiter à son profit exclusif un établissement qu'il livrerait tout agencé à un opérateur diplômé, dont il ferait son mandataire, — une lecture attentive des textes montre à l'évidence que la propriété d'un cabinet dentaire et son exploitation doivent être réunies dans les mêmes mains.

Quelles autres garanties que celles mêmes de la personne du titulaire pourrait-on, en effet, exiger, dans l'intérêt des clients ?

Et, en cas de responsabilité, comment atteindre un gérant qui n'a peut-être même pas la propriété de ses instruments de travail ?

Le législateur, en contraignant le praticien qui porte son *domicile* dans un autre département, à un nouvel *enregistrement* de son diplôme, — en interdisant d'exercer la profession sous un *pseudonyme*, — en indiquant la *résidence* comme une des mentions qui doivent figurer surl a *liste départementale* dressée, chaque année, par les soins de la préfecture et de l'autorité judiciaire, — a, suivant nous, bien donné à entendre que la personnalité même du dentiste doit jouer un rôle capital dans l'exploita ion de son entreprise ; et si, le cas échéant, celui-ci pouvait, à défaut d'un texte formel, échapper à l'application des pénalités de la loi de 1892, il courrait de grands risques, en cas d'accident, au point de vue des réparations civiles, — en se faisant locataire de cabinets dentaires meublés. F. W.

? N° 106. — 1° *L'air liquide a-t-il été employé par quelques-uns de nos confrères comme anesthésique local dans les extractions dentaires ? 2° Quels ont été les résultats ? N'y a-t-il pas eu de sphacèle ? 3° Où trouve-t-on l'air liquide ?*

E. D.

☞ *Réponse.* — Il n'y a eu jusqu'ici que des expériences de laboratoire faites

avec l'air liquide. Les applications médicales ou dentaires ne seront que très restreintes, en raison de la difficulté de conservation, du danger d'explosion et du froid trop intense qu'il détermine. Il se liquéfie à 191° au-dessous de zéro. Nous faisons actuellement des recherches pour nous en procurer, ce qui est jusqu'ici très difficile. Nous le ferons savoir sitôt l'adresse de l'industriel trouvé. C. W.

? N° 110. — *Où peut-on se procurer « la Cobaltine » préconisée par* M. Schwabsky *dans le n° du 30 décembre 1899, page 551 ?* *E. B.*

☞ *Réponse.* — Chez MM. Darrasse frères et Ladrin, 13, rue Pavée-au-Marais, Paris. Cette maison vend ce produit sous le nom plus connu de *Cobalt gris* ou *Cobalt à mouche.* A. S.

? N° 114. — *Y a-t-il un ouvrage traitant de l'histoire de l'anesthésie ?* R. V.

? N° 115. — *Un chirurgien-dentiste peut-il faire exploiter à son nom un second cabinet dans une autre ville, en y mettant un opérateur patenté, le titulaire ne venant qu'une fois la semaine, et la plaque enseigne, ainsi que les avis dans les journaux, portant : « M. X., chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, reçoit tous les jours à h. » ?* *L. L.*

☞ *Réponse.* — Notre première solution, question 105, répond à cette deuxième question, qui est sensiblement analogue à la précédente.

La valeur de la plaque-enseigne et des avis insérés dans les journaux est nulle, si elle ne répond pas à la réalité des choses.

Et ce n'est que le jour choisi par le titulaire du cabinet pour faire acte de présence qu'ayant agi suivant le vœu de la loi, le praticien n'aura aucun risque à courir. F. W.

? N° 116. — *L'exploitation d'un second cabinet dans un autre département ne nécessite-t-elle pas l'enregistrement à nouveau des titres du titulaire, ainsi que de son gérant ?*

☞ *Réponse.* — Sans conteste ; l'article 9 § 2 de la loi de 1892 est formel. Mais, en ce qui touche l'exploitation de plusieurs cabinets dentaires, nous renvoyons à ce que nous venons de dire plus haut (105 et 115). F. W.

? N° 117. — 1° *Le diplôme de dentiste d'une faculté étrangère dispense-t-il le candidat au diplôme de la Faculté de médecine de Paris, de faire ses études dans une école dentaire française ?*

2° *D'après la réponse n° 108 de* L'Odontologie, « *tout patenté de 1892, peut se présenter avec sa patente aux examens de la Faculté, sans faire d'études dans une école dentaire* » *: il s'en suit donc que les non-patentés doivent y faire leurs études. Comment se fait-il qu'un ancien opérateur, non diplômé ni patenté, ait reçu le diplôme de la Faculté sans passer par l'école dentaire ?*

3° *En admettant que je ne sois pas diplômé de la Faculté, pourrais-je m'intituler chirurgien-dentiste, étant en possession de la lettre* dont voici copie :

Le 31 décembre 1894.

Le Maire de la Ville de.....

à M..... dentiste à.....

En réponse à une requête que vous lui avez adressée, Monsieur le Ministre de l'Intérieur vient d'informer Monsieur le Préfet que, figurant comme dentiste au rôle des patentés du 1er janvier 1892, vous pouvez continuer à porter le titre de chirurgien-dentiste.

Je m'empresse de vous en donner avis.

Veuillez agréer, etc. CÉSAR.

? N° 118. — *Un dentiste patenté a-t-il le droit de prendre le titre de médecin-dentiste et de le faire inscrire en toutes lettres sur sa plaque ? En cas de négative, quelles sont les formalités à remplir pour lui faire supprimer ce titre ?* *A. A.*

Diverses autres questions nous parviennent au dernier moment. Le manque de place nous force à en ajourner l'insertion à un prochain numéro. E. P.

20e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1900 VOL. XXIII



Travaux Originaux

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DES CARIES DES 3e ET 4e DEGRÉS PAR LE FORMOL GÉRANIÉ

Par M. C. ANDRÉ,

Pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux,

Et M. G. DE MARION,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

En venant présenter les résultats de la méthode de traitement des caries des 3e et 4e degrés par le formol géranié, méthode que nous avons instituée il y a plusieurs années, nous nous proposons un double but : 1° montrer la sûreté de notre méthode quand la technique est bien appliquée ; 2° réduire à leur juste valeur des procédés qu'on a voulu rattacher à la méthode par le formol et qui dénotent chez leurs auteurs une méconnaissance complète des propriétés utiles de ce composé pour l'objet qui nous occupe.

Cette question des propriétés utiles du formol est d'une importance majeure et nous nous croyons tenus de bien les préciser. Pour cela, prenons le problème à son point de départ et voyons quel est l'état d'une dent atteinte de carie du 4e degré.

La pulpe a été détruite et liquéfiée par la fermentation

putride ; à sa place, nous trouvons les produits de sa destruction, et dans ces produits une quantité de germes infectieux. Le phénomène est le même à peu de chose près que celui de la destruction des matières animales au contact de l'air : les canaux sont remplis d'une matière brune, de consistance molle, formée d'eau, d'acides gras, émulsionnés, de dérivés ammoniacaux sulfurés et phosphorés, et les mêmes corps, surtout les dérivés ammoniacaux qui sont solubles dans l'eau, sont répandus dans les canalicules dentinaires.

Or, quand on met le formol en contact avec les produits putrides, il se produit ce fait remarquable de la désodoration presque instantanée de ces résidus, si le formol a été employé à dose suffisamment élevée. Cette propriété importante a été observée et remarquée par tous ceux qui ont employé le formol en pansements dans les canaux dentaires, ainsi que par les chirurgiens qui ont utilisé ses solutions étendues pour le lavage des plaies infectées ; mais c'est nous qui, les premiers, avons donné une explication raisonnée de ces faits, en nous basant sur l'action chimique réciproque du formol et des produits ammoniacaux [1]. Rappelons en quelques mots les faits qui servent de base à cette théorie.

*
* *

Quand on mélange des volumes égaux de formol et d'ammoniaque, le mélange s'échauffe fortement et l'odeur d'alcali disparaît. Les deux corps se sont combinés d'après la formule suivante :

$$\frac{6\ CH^2O}{\text{6 mol. formol.}} + \frac{4\ AzH^3}{\text{4 mol. ammoniaque.}} = \frac{C^6\ H^{12}Az^4}{\text{1 mol. d'héxaméthylénamine.}} + \frac{C\ H^2O}{\text{6 mol. d'eau.}}$$

La réaction s'effectue rapidement et nous nous sommes assurés qu'elle était complète au bout d'un quart d'heure.

L'ammoniaque se trouve ainsi remplacée par l'hexaméthy-

---

1. *Le formol géranié en thérapeutique dentaire*, par G. de Marion et C. André. Compte rendu du Congrès dentaire de Paris, octobre 1897.

lénamine, qui est une poudre blanche, très soluble dans l'eau et dans l'alcool, non volatile, neutre, qui n'est ni irritante ni caustique.

Si, au lieu d'être libre, l'ammoniaque est combinée à un acide organique, tel que l'acide acétique, malique, lactique, citrique, etc., la même réaction intervient avec mise en liberté de l'acide. Par exemple, avec l'acétate d'ammoniaque, la réaction se traduit par la formule.

$$\frac{6\ CH^2O}{6\ \text{mol. formol.}} + \frac{4\ C^2H^3O^2.\ AzH^4}{4\ \text{mol. acétate d'ammon.}} =$$

$$\frac{C^6H^{13}Az^4.\ C^2H^3O^2}{1\ \text{mol. acétate d'hexaméthylénamine.}} + \frac{3\ C^2H^4O^2}{3\ \text{mol. acide acétique.}} + \frac{6\ H^2O.}{6\ \text{mol. d'eau.}}$$

L'un de nous a utilisé cette réaction en administrant avec succès l'esprit de Mindererus comme antidote dans un empoisonnement par le formol [1].

Et si, au lieu d'ammoniaque, nous avons affaire aux bases putrides, qu'elles soient libres ou combinées, les choses se passent d'une manière identique : il y a toujours combinaison avec le formol, neutralisation consécutive de ces bases ammoniacales et transformation définitive en produits plus condensés, inodores, non volatils, dépourvus de tout pouvoir irritant ou caustique.

Qu'on veuille bien remarquer qu'il n'a pas été question jusqu'ici du formol comme microbicide ; le seul effet envisagé est un acte purement chimique de changement de dérivés ammoniacaux volatils et fétides en produits plus condensés, neutres, fixes et inodores, de constitution analogue à l'hexaméthylénamine, quoique ayant des formules plus compliquées.

Ce n'est pas tout, car les produits de désagrégation de la pulpe ne sont pas formés que de dérivés ammoniacaux : il y a encore des acides gras, provenant de la régression des substances albuminoïdes et qui donnent cette consistance particulière, molle et visqueuse, au contenu des canaux ; il

---

1. *Empoisonnement par le formol*, par C. André. *Journal de pharmacie et de chimie*, 1er juillet 1899.

y a enfin des produits gazeux, en proportions minimes assurément, formés principalement d'hydrogène sulfuré et de carbures d'hydrogène.

A vrai dire, ces acides gras semblent n'avoir aucune influence nocive propre, puisqu'ils sont dépourvus de volatilité et que leur énergie chimique est très faible ; mais nous croyons que, par la consistance visqueuse qu'ils communiquent au résidu pulpaire, ils peuvent, en obstruant l'ouverture microscopique des canalicules dentinaires, opposer une barrière à la diffusion du formol et ralentir son action. Ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est la rapidité beaucoup plus grande de l'action désinfectante du formol, depuis que nous l'employons en solution alcoolique de concentration semblable aux solutions aqueuses.

Rappelons, en effet, que la solution que nous employons depuis octobre 1897, sous le nom de *formyl-géranium*, a la formule suivante :

Aldéhyde formique (H-COH)	40 parties
Essence de géranium redistillée	20 »
Alcool à 80°	40 »
Total	100 parties

C'est-à-dire que notre liqueur formique géraniée a pour teneur en aldéhyde formique une teneur égale à celle des formols commerciaux et qu'elle contient le cinquième de son poids d'essence pure de géranium.

Or, l'alcool et l'essence de géranium, qui séparément ont une action dissolvante très marquée sur les acides gras, concourent d'une manière très efficace par leur association à l'acte général de la désinfection en désagrégeant et en dissolvant l'enduit visqueux qui recouvre les parois radiculaires et obstrue les ouvertures des canalicules dentinaires. En outre, l'alcool par sa diffusibilité propre en milieux aqueux accélère la diffusion du formol dans les liquides de la dentine.

Il reste les produits gazeux, et principalement l'hydrogène sulfuré et le formène, sur lesquels notre liqueur n'exerce aucune action chimique d'absorption. Mais ces

produits sont en quantités minimes, car ils se dégagent au fur et à mesure de leur formation. Cependant l'alcool et l'essence de géranium, qui, d'une manière générale, dissolvent faiblement les corps gazeux, peuvent faciliter leur départ en se mélangeant aux liquides de la dent.

*
* *

Maintenant que nous avons vu comment les principes constituants de notre liqueur concourent à produire la désinfection parfaite des parois radiculaires et de la dentine, il nous reste à parler de leur rôle stérilisant.

Lorsque la destruction des produits putrides est obtenue, et à ce moment seulement, l'œuvre antiseptique commence. Le formol, dont la diffusion est très rapide dans les conditions de milieu où il est placé, et l'essence de géranium elle-même, à la faveur de l'acool, pénètrent dans les canalicules et détruisent tous les germes pathogènes. Nous n'insisterons pas sur ces questions de diffusibilité, pas plus que sur les pouvoirs antiseptiques considérables du formol et de l'essence de géranium, pouvoirs antiseptiques bien supérieurs aux nécessités créées par les germes à détruire. Nous avons développé en d'autres temps ces points importants, et ils sont suffisamment connus aujourd'hui pour que nous n'ayons pas à y revenir.

Le moment est venu de dire quelques mots des procédés auxquels nous avons fait allusion plus haut.

Si l'on est bien pénétré de cette idée que l'action antiseptique du formol est subordonnée et postérieure à son action désinfectante, que celle-là ne peut avoir lieu qu'autant que celle-ci est achevée ; si, de plus, on se rappelle que l'effet désinfectant du formol est, d'après les réactions que nous avons formulées, proportionnel à la quantité mise en œuvre, il n'est pas besoin d'invoquer d'autre argument pour justifier l'emploi du formol à dose massive dans les pansements dentaires. Il faut donc répudier toute formule dans laquelle le formol figure à dose faible sous le vain prétexte sous-

entendu de son grand pouvoir antiseptique ; quant à nous, nous avons donné à notre liqueur la teneur maxima.

Après les solutions faibles de formol, il reste une autre forme sous laquelle on a voulu faire l'application du formol à la thérapeutique dentaire : nous voulons parler des poudres ou des pâtes contenant le formol à l'état naissant (?)

Nous avons fait l'analyse d'une préparation de ce genre : elle contenait de l'oxyde de zinc, de l'alun calciné, du sulfate de chaux anhydre, de l'eugénol et une dose infinitésimale de trioxyméthylène. D'après les instructions qui l'accompagnaient, cette poudre devait être mise en pâte au moyen d'un liquide qui était de la glycérine, et servir en un pansement unique à faire le remplissage le plus complet possible de la cavité sous une obturation définitive. L'expérience a montré au bout de peu de temps l'insuffisance de ce mode de traitement.

Nous ignorons si les auteurs de cette poudre en attribuaient les vertus au formol ; pour nous, nous sommes sûrs que le formol n'intervenait pas à cause de sa proportion insignifiante et de son absorption immédiate par les produits putrides en grand excès. Il faut néanmoins reconnaître qu'il y avait un succès relatif et que pendant quelque temps il se produisait un arrêt dans la marche de la carie.

L'explication de ce fait nous semble facile en tenant compte des propriétés déshydratantes du sulfate de chaux et de l'alun calciné. Il arrivait vraisemblablement que ces poudres absorbaient peu à peu l'eau contenue dans la dentine, et comme la fermentation putride a pour condition nécessaire la présence de l'eau, il y avait arrêt de cette fermentation et cessation corrélative des phénomènes morbides. Mais il y avait arrêt seulement et non pas destruction de germes ni désinfection, et, lorsque par un mécanisme que nous ne recherchons pas, les propriétés déshydratantes des poudres étaient satisfaites et que l'eau se renouvelait dans la dentine, la fermentation recommençait et avec elle les phénomènes douloureux.

*
* *

Rien de semblable ne se produit avec notre méthode appliquée selon la technique que nous avons décrite plusieurs fois déjà et à laquelle nous avons, par étapes successives, apporté des perfectionnements. Ainsi, tandis qu'il nous fallait au début pour une dent volumineuse et profondément infectée recourir à six ou huit pansements, nous avons par la suite réduit ce chiffre de 50 o/o. Puis, l'intervalle entre deux pansements, que nous fixions à deux jours, a été ramené, par l'emploi de l'alcool comme véhicule de l'aldéhyde formique et de l'essence de géranium, à 24 heures ; et encore il faut dire que cet intervalle dépasse de beaucoup le temps utile et qu'il pourrait être réduit à quelques heures si la nécessité d'aller vite se présentait dans la pratique. Enfin, rappelons ce que nous disions lors de notre première communication, à propos du nettoyage des canaux : ce nettoyage n'est pas une condition indispensable, et si, par suite de conformation irrégulière, les extrémités radiculaires ne peuvent être atteintes et détergées, le formol modifie les débris pulpaires de manière à les rendre incapables de produire une infection ultérieure.

Nous n'avons apporté aucune modification à notre technique dans ces deux dernières années. Nous pouvons la définir d'un mot en disant qu'elle consiste à faire des pansements par occlusion à intervalles de 24 heures, jusqu'à ce que le dernier pansement retiré de la cavité ne conserve plus la moindre trace de fétidité, mais conserve, au contraire, dans toute sa pureté, l'odeur du géranium. On se sert, pour ces pansements, de mèches trempées dans le formyl-géranium et introduites dans les canaux et la chambre pulpaire ; le tout est recouvert de gutta-percha.

Conclusion.

Résumons en quelques lignes ce que nous venons de dire et ce que nous avons dit dans les communications antérieures sur le formol appliqué à la thérapeutique dentaire.

Le formol géranié réalise, aussi exactement qu'il est possible, les conditions théoriques reconnues nécessaires pour le traitement des dents à pulpe morte :

1° C'est le désinfectant le plus puissant connu. Il détruit les produits de la fermentation pulpaire en se combinant avec eux et en les neutralisant ; cet effet se traduit par la *désodoration complète et définitive* de la cavité après deux ou trois pansements ;

2° Son pouvoir antiseptique est supérieur à celui du sublimé ;

3° Il est extrêmement *diffusible* dans les milieux aqueux En vertu de cette précieuse propriété, il agit non seulement sur les parois radiculaires jusqu'à l'apex, mais encore dans les canalicules dentinaires jusqu'à la périphérie de la dent ;

4° Quand le formol géranié est mis expérimentalement à dose suffisante en présence de produits putrides, il les désodore *instantanément*. Cette expérience montre qu'on peut faire les pansements à des intervalles de temps aussi rapprochés qu'on le désire : une heure, si la nécessité d'aller vite se présentait dans la pratique ; ordinairement on fait ces pansements en plusieurs jours consécutifs ;

5° Le formol géranié ne nuit en rien à la solidité des tissus durs de la dent et il ne provoque aucun phénomène douloureux (périostite) du côté du ligament ;

6° Le formol géranié présente sur les poudres absorbantes et desséchantes l'avantage d'un résultat définitif. Celles-ci n'agissent qu'en réalisant plus ou moins parfaitement la dessication de la dent ; mais cette dessication n'est que temporaire et, lorsque les poudres sont hydratées, la fermentation pulpaire recommence avec le caractère d'accidents qu'elle entraîne.

Statistique.

Depuis le 1er octobre 1897 jusqu'au 31 décembre 1899 nous avons soigné par le formol trois cent cinquante caries du 4e degré sur deux cent quarante-deux malades. Nous avons revu et nous continuons à revoir beaucoup de ces

malades, et cela nous permet de constater l'absence d'accidents postérieurs à notre traitement.

Pour être exacts, il nous faut dire que des cas de récidive se sont produits dans la proportion de 3 o/o ; mais il s'agissait alors de dents dont la couronne était très délabrée par la carie, et nous mettons sur le compte de fissures invisibles ou d'obturations imparfaites les accidents qui se sont produits quelque temps après le traitement. Si nous n'avions pas eu le formol à notre disposition pour ces dents, nous n'eussions tenté aucun autre traitement.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✪ *président.*
Dr Roy, *vice-président.*
Choquet, *vice-président.*

MM. **de Marion** ✪ *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Gross, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**, I ✪.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✱, ✪ **et Poinsot**, I ✪.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✪, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, I ✪, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*

MM. **De Marion**, ✪, *secrétaire général.*
Billet, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✪, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✱, ✪, **Poinsot** I ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✪, **Devoucoux**, **Godon** ✱, ✪, **Lemerle**, ✪, Dr **Maire**, **Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, ✪, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✪, **Stévenin.**

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✱ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r) I ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✱, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 mars 1900

Présidence de M. Richard-Chauvin, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Richard-Chauvin. — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Correspondance.

M. de Marion, secrétaire général, donne lecture : 1° d'une lettre du Secrétaire général du Congrès de 1900 sollicitant une souscription pour la réception des membres étrangers ; 2° d'une lettre du Syndicat des chirurgiens-dentistes relative à la contre-publicité et proposant la nomination de deux délégués ; 3° d'une lettre de M. Siffre relative à des communications à présenter à la Société ; puis il fait part des excuses de M. Godon, empêché d'assister à la séance.

II. — Allocution du président.

M. Richard-Chauvin prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

Permettez-moi de vous témoigner toute la gratitude que je ressens à votre égard pour le grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société d'Odontologie. Nul, pourtant, n'était moins préparé que moi pour remplir ce poste important. Ayant nettement conscience de mon peu d'aptitudes pour tout ce qui est fonction, j'ai, vous le savez, décliné toute candidature en assemblée générale, malgré l'insistance de plusieurs de mes amis, aveuglés sur mon compte par leur sympathie. Le choix que vous aviez fait, à l'unanimité des voix, du docteur Sauvez me paraissait heureux à tel point que je me félicitais sans réserve de mon abstention en présence de ce résultat.

Dans le passé j'ai déjà fait à plusieurs reprises tous mes efforts pour rester dans l'ombre, où je me sens tout à fait à l'aise. J'avais réussi jusqu'à présent, au grand avantage de tous, à mon avis. Vous avez décidé de m'en tirer pour une année ; je m'incline respectueusement, mais je tiens quand même à marquer mon aversion systématique pour toute fonction élevée, de telle sorte que si, malgré ma bonne volonté, je n'étais pas à la hauteur de la tâche que vous m'avez confiée, j'aurais toujours la satisfaction morale d'avoir fait tout le possible pour vous éviter d'amers et tardifs regrets.

Il est bien naturel qu'après cette sincère profession de foi je déplore la décision de mon ami Sauvez qui infirme votre premier vote et m'oblige ainsi, grâce à votre bienveillante complicité, à le remplacer au fauteuil où il n'a fait qu'une apparition, hélas! trop courte.

Cette apparition de mon fugace prédécesseur n'aura pourtant pas été sans fruit. Il vous a tracé du président idéal un portrait si alléchant pour la Société que vous allez dorénavant être hypnotisés par la pensée d'un avenir scientifique brillant et vraisemblablement très prochain, qui a failli être le présent ; si terrifiant pour le titulaire actuel que celui-ci ne peut s'empêcher de jeter un mélancolique regard vers ces bancs où il pourrait être si tranquillement assis, ayant déjà la prescience que l'heure des fâcheuses comparaisons doit inéluctablement sonner.

Messieurs, il est à prévoir que l'année dans laquelle nous entrons continuera la période de disette qui a déjà sévi sur la Société pendant la présidence de mon ami Lemerle.

Nous sommes trop près du Congrès pour que sa préparation n'ait pas un retentissement fâcheux sur les séances de notre Société. Tous nos collègues réservent leurs communications importantes pour le mois d'août prochain. Nous avons vu déjà plusieurs de nos confrères dire quelques mots de travaux en préparation, simplement pour prendre date, en spécifiant que le travail définitif et complet était réservé pour le Congrès. Il y a tout lieu de penser que la période de calme ne sera pas terminée avec le Con-

grès lui-même et que même après le mois d'août nos confrères fatigués par l'effort donné prendront un temps de repos bien gagné. C'est évidemment pour l'année entière que la Société se ressentira de l'invasion de ce redoutable concurrent.

Nous ne devons pas moins dans cette Société travailler au succès de cette grande manifestation professionnelle. C'est si bien l'avis des membres les plus autorisés qui dirigent la grande œuvre que notre sympathique secrétaire général vient de vous donner lecture d'une lettre par laquelle on réclame votre concours financier. Si vous avez le devoir en tant que groupe de soutenir pécuniairement le Congrès dentaire, il semble que vous devez davantage encore lui apporter l'appui de votre autorité, au point de vue scientifique et technique. A cet égard, peut-être pourriez-vous profiter de la rubrique « Communications diverses » pour canaliser l'effort des indépendants, de ceux qui travaillent à leur heure et suivant leurs dispositions, qui fuient instinctivement tout ce qui paraît être un embrigadement. Il y a là des éléments utiles dont la Société pourrait sans doute tirer parti. Il se peut même que ce soit un moyen d'avoir encore la primeur de quelques travaux intéressants qui pourraient être examinés ici et présentés au Congrès sous le patronage de votre groupe par leurs auteurs.

Je ne fais qu'indiquer et livrer l'idée à vos méditations.

Nous n'avons pas du reste que des questions palpitantes qui nous occupent; celles-là nous échappent cette année, c'est entendu; mais la pratique courante, avec ses incessantes modifications, peut donner lieu à des observations capables de figurer honorablement à l'ordre du jour de nos séances. A cet égard nous avons à nous féliciter que M. Siffre ait bien voulu nous promettre de nous communiquer les résultats de la méthode qu'il emploie pour les redressements par rotation chirurgicale; il y a là un exemple à suivre que je vous signale.

Messieurs, une allocution n'est pas forcément bonne parce

qu'elle est courte; néanmoins en pareille matière la brièveté est toujours une qualité très appréciée des auditeurs. Comme je tiens à ne pas vous laisser une trop mauvaise impression de début, je m'arrête.

Un mot encore au sujet de notre ami Sauvez. J'ai déploré tout à l'heure sa défection, très excusable, je le reconnais, en raison de la grosse besogne qui lui incombe. Avais-je bien raison ? N'y a-t-il pas plutôt lieu de se féliciter que cet incident nous ait valu son discours de remercîments ? Peut-être. Dans cette allocution, où il s'est franchement rangé du côté des dentistes, il s'est élevé à une si grande hauteur de vues, il s'est réclamé de ses origines avec une fierté si simple que je crois interpréter exactement vos sentiments en déclarant que nous sommes tous heureux d'avoir eu l'occasion d'apprécier à quel point, de par sa volonté très réfléchie, nous est attaché le Dr Sauvez.

III. — Propositions diverses.

M. Richard-Chauvin. — Je mets en discussion la proposition du Syndicat.

M. de Marion. — Le Syndicat fait appel aux Sociétés professionnelles pour grouper leurs représentants afin de combattre le charlatanisme; il s'est adressé à la Société d'Odontologie, comme à l'Association générale, comme à la Société de l'Ecole. Je crois qu'il serait de bonne politique de nommer une délégation pour étudier, de concert avec les délégués des autres groupes, l'opportunité de la mesure qu'il propose ; cela ne préjugerait en rien la solution de la question.

M. Viau. — Il me semble assez difficile de nommer une commission à laquelle on donnerait pleins pouvoirs ; je trouve que le bureau est plus qualifié pour cette tâche.

M. Lemerle. — Avons-nous le droit, nous, Société scientifique, de faire de la politique professionnelle ? Et en supposant que nous en ayons le droit, est-il véritablement opportun de le faire ?

M. de Marion. — Jusqu'à un certain point vous faites de la politique professionnelle, puisque vous n'acceptez pas tout le monde parmi vous. Vous pouvez déléguer votre bureau sans que cela vous engage en quoi que ce soit.

M. Papot. — Nous ne faisons pas de choix de personnes ici ; la Société d'Odontologie se compose des membres de la Société de l'Ecole, et c'est celle-ci qui reçoit ou refuse ; il est donc inexact de

dire que nous faisons, à un titre quelconque, de la politique professionnelle.

M. Lemerle. — Sommes nous bien dans notre rôle en nous occupant de cette question ? Il faut consulter l'assemblée.

M. Prevel. — Nous pouvons nous en rapporter au bureau.

M. Lemerle. — Nous ne décidons rien, c'est vrai ; mais nous appartient-il de nous occuper de cette question ?

M. Richard-Chauvin. — Les observations de M. Lemerle sont très justes : nous ferions de la politique professionnelle en nous engageant dans la voie que nous indique M. de Marion, ce qui serait un fâcheux précédent. Toutefois, comme la Société est maîtresse de ses décisions, je mets aux voix la proposition suivante : l'assemblée est-elle d'avis de nommer des délégués ou de confier à son bureau le soin de s'entendre avec les différentes sociétés sur la proposition de M. de Marion ?

La proposition, mise aux voix, est repoussée.

M. Richard-Chauvin. — Nous passons à la proposition de souscription ; mais je regrette que ni M. Godon ni M. Sauvez ne soient là pour la soutenir.

M. de Marion. — Je serais tout disposé à voter des fonds si nous en avions.

M. Viau. — Nous pouvons émettre un vœu en faveur de la souscription auprès de la Société dont nous émanons.

Le vœu est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

IV. — Les moulages en cires coloriées, par M. de Marion.

M. de Marion donne lecture d'une communication sur ce sujet[1] et présente des moulages, diverses pièces et des instruments.

Discussion.

M. Gatineau. — Au musée de l'hôpital Saint-Louis on mélange de la gomme Demar avec de la cire ; on en met la grosseur d'une noix pour un moulage, et alors la cire résiste plus facilement et ne fond pas au soleil.

Un membre. — Le plâtre est-il sorti d'un seul coup, dans le moule qui représente la voute palatine et le bec de lièvre ?

M. de Marion. — Oui. J'ai pris une empreinte au plâtre de la bouche ; puis, quand le plâtre a commencé à prendre, j'ai badigeonné le nez et la bouche. J'ai pris cette empreinte devant vingt-cinq personnes.

M. Richard-Chauvin. — Il faut remercier M. de Marion de sa communication très étudiée et des beaux résultats qu'il a obtenus.

Messieurs, je vous annonce que M. le professeur Younger, de

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 259.

San-Francisco, ici présent ce soir, a fait dimanche dernier une démonstration sur les redressements avec des fils de soie; il se dispose à nous faire jeudi une autre démonstration sur la pyorrhée alvéolaire. En votre nom, je remercie M. le professeur Younger de ses très intéressantes démonstrations pratiques, qu'il a bien voulu placer sous le patronage de la Société d'Odontologie.

V. — Discussion du rapport de MM. Richard-Chauvin et Dr Pont sur l'aurification.

M. Papot remplace à la présidence M. Richard-Chauvin, qui désire prendre part à la discussion.

M. de Marion. — M. Chauvin estime-t-il que les aurifications à l'or mou sont aussi durables que les aurifications à l'or adhésif?

M. Richard-Chauvin. — L'expérience seule peut vous donner une réponse satisfaisante. A cet égard je pourrais montrer à une délégation de la Société nombre de cas datant de 15, 18, 19 ans. J'ai eu déjà l'appréciation de quelques confrères. Mis en présence d'aurifications anciennes, ils ont déclaré qu'elles présentaient l'aspect de travaux récents. Si résistantes que soient les obturations faites avec l'or adhésif, je crois que, tout en restant encore après de longues années un excellent moyen de protection pour la dent opérée, elles ne présentent pas un aspect aussi satisfaisant pour l'œil. En un mot, sans que cela nuise au résultat cherché, la surface de l'obturation subit la désagrégation dans une certaine mesure. J'ajouterai qu'entre autres avantages l'or mou présente celui de se faire très rapidement dans d'excellentes conditions.

M. Lemerle propose de discuter le rapport paragraphe par paragraphe pour mettre de l'ordre dans la discussion.

M. Viau. — Il faut d'abord attaquer la question au fond. Quels sont les avantages de l'or mou sur l'or adhésif?

M. Lemerle lit un passage relatif à l'aurification des dents des enfants, dont il n'est pas partisan, et ajoute : « Nous savons tous que la densité des dents augmente avec l'âge du sujet, qu'à 10, 12 ou 14 ans les canalicules de Tomes sont largements ouverts, que la calcification n'est pas terminée, ce qui peut permettre de supposer qu'il se forme rapidement une solution de continuité autour de l'obturation métallique. Ce qui est certain, c'est que l'expérience le prouve. L'action thermique, beaucoup plus considérable à cet âge, n'est pas niable. Enfin, comme dernière objection, c'est la difficulté d'opérer que nous trouvons souvent chez les enfants.

Dans ma pratique où je suis appelé à voir, dans une station thermale, des malades soignés aux quatre coins de la France, j'ai toujours constaté la défectuosité des obturations métalliques, soit aurifications, soit amalgames.

M. de Marion. — Je suis de l'avis de M. Lemerle, mais je n'élimine pas toutes les obturations métalliques et je fais une grande restriction pour l'amalgame Sullivan, car il conserve les tissus dentaires, et dans certains cas, chez certains enfants, il produit d'excellents résultats; j'ai gardé des dents ainsi pendant longtemps.

M. Viau. — Ce qu'on peut dire, c'est que dans toutes les cavités centrales peu profondes il n'est pas contre-indiqué de faire l'aurification avec des cylindres d'or; mais dans les caries profondes ou interstitielles on a, je crois, avantage à utiliser les ciments.

M. Lemerle. — J'écarte l'amalgame.

M. Levett. — J'emploie l'étain pour les dents des enfants.

M. Papot. — L'application se fait de la même manière et aussi rapidement que celle de l'or mou.

M. Richard-Chauvin. — Il serait bon de s'entendre sur le terme de *dentine insuffisamment calcifiée* que j'ai entendu employer ici. Veut-on parler de dentine ramollie? Je prétends que celle-ci est altérée et doit être soigneusement et complètement excisée. Si ce n'est pas de cela qu'il s'agit, je serais bien aise d'apprendre à quels symptômes on reconnaît cette dentine anormale. La calcification existe même dans les dents de lait, à plus forte raison dans les dents permanentes des enfants, et l'on arrive, sur ces organes, au contact d'un tissu sain et dur après avoir excisé toute la dentine altérée. Qu'au jeune âge la calcification soit encore en cours, cela est un fait physiologique absolument indéniable; mais à moins de cas anormaux qui doivent être fort rares, je ne sache pas que les dents des enfants soient des organes gélatineux; la trame organique représente une masse plus importante, mais cela n'empêche pas la dentine saine d'être dure et de crier sous l'excavateur.

Pourquoi donc en ce cas l'or, l'or mou surtout, plus malléable que l'or adhésif, ne serait-il pas comme pour les dents d'adultes la meilleure substance d'obturation? Je m'élève absolument contre cette affirmation de M. Lemerle qu'il se forme autour des aurifications chez les enfants une solution de continuité qui compromet l'obturation et la dent. Cela ne peut arriver que si la cavité a été préparée insuffisamment. En effet, l'or ne doit être en contact à sa partie extérieure qu'avec de l'émail sain. Si l'on voulait admettre, ce qui me paraît difficile, qu'une augmentation de densité de l'ivoire, phénomène physiologique qui se passe entièrement dans l'intimité du tissu, puisse avoir une influence quelconque sur une obturation qui ne subit, elle, aucun changement moléculaire ou à peu près, il serait difficile d'invoquer les mêmes changements de structure dans l'émail lui-même avec lequel l'or doit se trouver en contact d'une manière ininterrompue. La seule objection sérieuse à l'emploi de l'or, c'est sa grande conductibilité. Si dans les cavités profondes il était appliqué directe-

ment sur l'ivoire, les impressions thermiques plus ou moins intenses ressenties par le malade pourraient irriter la pulpe et provoquer une hypercalcification intempestive. Il est du reste facile d'écarter cet inconvénient en garnissant la cavité de ciment jusqu'à la naissance de l'émail. Ce procédé possède encore l'avantage de permettre à l'opérateur de donner à la cavité la meilleure forme pour l'obturation.

Je vous ai parlé d'aurifications faites depuis 15, 18, 19 ans. Je suis tout disposé à mettre en présence de quelques-uns d'entre vous un sujet de 33 ans auquel j'ai aurifié toutes les dents de 6 ans et deux au moins de 12 ans, il y a 19 ans ; c'est dire que mon client était un enfant à cette époque : il avait 14 ans. Vous pourrez constater que les dents et les obturations sont encore dans le plus parfait état.

M. Viau. — J'ai vu chez M. Chauvin une patiente dont j'avais déjà examiné la bouche 15 ans auparavant ; elle portait des travaux très intéressants, notamment des dents à pivots mobiles, dont les tubes étaient fixés dans les racines avec de l'or en cylindre, un appareil à pont mobile et des aurifications demeurées en parfait état. Il me paraît impossible de donner une meilleure preuve des avantages de l'or mou.

M. Lemerle. — L'or mou constitue une excellente obturation et je crois volontiers M. Chauvin lorsqu'il donne des chiffres au point de vue de sa durée ; mais l'or adhésif soigneusement fait donne aussi d'excellents résultats. Je vois encore de temps à autre un sujet auquel j'ai aurifié des dents sous la direction de M. Levett. Mon aurification d'examen entre autres est encore en parfait état, ainsi que des incisives dont les obturations remontent à la même époque, c'est-à-dire à plus de 16 ans.

Je reviens à la question de l'obturation des dents des enfants.

Doit-on aurifier ou même amalgamer ? Vous avez dû remarquer que les dents de sagesse sont plus sensibles aux actions thermiques que les autres molaires; cela tient à ce que, la formation du germe du follicule et la calcification de cette dent s'étant accomplies beaucoup plus tard que pour les autres, le tissu dentinaire étant de formation plus récente par conséquent, les fibrilles sont plus volumineuses et perçoivent davantage toutes les actions irritantes. Il est facile d'en dire autant des dents chez les enfants en procédant par analogie.

M. Lemerle lit un passage du rapport ayant trait à la préparation des cavités et ajoute :

« M. Chauvin dit qu'il faut exciser aveuglément toute la dentine ramollie et que, si dans le cours de la préparation, on rencontre la pulpe, c'est qu'on se trouve en face d'un 3e degré et non d'un 2e avancé, ainsi que beaucoup le prétendent. Pour ma part, je trouve cette

conduite trop rigoureuse. Pour déterminer le degré d'une carie ne dépassant pas le 3ᵉ degré, il n'y a qu'à se reporter aux symptômes qui sont très nets : une dent est-elle simplement sensible aux impressions thermiques, la carie est du second degré ; si elle provoque des douleurs spontanées, exaspérées par le decubitus dorsal, à forme névralgique et que le malade ne peut localiser, on est alors en présence d'un 3ᵉ degré bien authentique.

» En ce qui concerne les caries qui avoisinent la pulpe et qui n'ont pas provoqué les symptômes que je viens de décrire, je préfère curetter très prudemment et au besoin faire un coiffage. »

M. Weber. — M. Lemerle estime qu'une dentine cariée peut ne pas être excisée entièrement quand on avoisine la pulpe. Pourtant, si l'on laisse entre cet organe et l'obturation une portion quelconque de dentine infectée, il est logique de supposer qu'il peut avoir déjà subi ou qu'il subira très prochainement une inflammation transmise par le tissu avec lequel il est en contact immédiat.

M. Meng. — Il arrive fréquemment que des dents atteignent le 4ᵉ degré, sans que les patients s'en soient jamais aperçus. Bien des dents ont des caries qu'on ne soupçonne pas. Tout dépend de la situation de la carie.

M. Richard-Chauvin. — M. Meng est dans le vrai. Les symptômes classiques de la carie du 3ᵉ degré sont loin d'être constants et l'on découvre souvent à la fraise ou à la curette une dent dont la pulpe est atteinte, alors que la carie est à peine décelée par une différence de coloration sur un point de la dent. Je maintiens absolument que l'on court au-devant de pénibles surprises si l'on ne se fait pas une loi rigide de pratiquer l'ablation totale de toute portion de tissu ayant perdu sa texture normale. Le symptôme le plus caractéristique de cet état pour la dentine, c'est son ramollissement.

M. Viau. — J'ajouterai qu'il est prudent d'insister sur le curettage même alors que la cavité semble parfaitement préparée. Excisons plutôt au delà pour atteindre le but. Le chirurgien qui opère un néoplasme ne craint pas de dépasser le point d'implantation pour éviter les récidives. Nous devons dans le même but tenir la même conduite. La quantité de dentine saine enlevée supplémentairement par l'excavateur ne saurait mettre la pulpe en péril si elle n'est atteinte déjà. Nous savons tous que l'ivoire non altéré se laisse pénétrer très difficilement.

M. Richard-Chauvin. — Je partage sur tous les points cette manière de voir.

M. Lemerle lit un passage relatif à la rétention de l'or adhésif et ajoute : « M. Chauvin établit très nettement la différence qu'il y a entre la rétention des premiers morceaux d'or et la rétention de la masse totale, mais je lui reproche d'avoir parlé des trous de rétention sans

en faire la critique. Pour ma part, je n'aurais pas laissé passer cette occasion de le faire. La perforation de la dentine au moyen d'un foret peut mettre la pulpe en péril dans une carie du second degré. Les trous percés sont très longs à remplir après avoir été douloureux à pratiquer, deux points tant soit peu éloignés l'un de l'autre se relient difficilement, alors que l'or se place si facilement dans une gouttière qui concourt, en même temps, M. Chauvin le dit lui-même, à assurer la rétention de la masse totale. »

M. Martinier. — En général nous évitons les points de rétention, mais dans certains cas cela est impossible.

M. Levett. — Il faut toujours faire une gouttière et ne jamais pratiquer de points de rétention.

M. Meng. — Depuis longtemps je n'en fais plus.

M. Richard-Chauvin. — Nous avons établi, pensons-nous, au point de vue de la technique de l'or adhésif, des règles et des définitions inédites qui nous semblent avoir au moins le mérite de la clarté. Nous avons cité, au point de vue de la rétention, les diverses méthodes sans nous embarquer dans une étude critique de celles-ci, qui eût allongé démesurément ce travail déjà fort long. Il nous a semblé suffisant d'indiquer nettement nos préférences pour la rainure. Mais je déclare que je partage entièrement, au sujet des trous de rétention, l'opinion de M. Lemerle, qui me parait être, du reste, l'opinion générale.

M. Lemerle lit un nouveau paragraphe relatif à l'emploi d'une serviette propre et sèche et ajoute : « Il faudrait spécifier que la serviette ne doit pas être pelucheuse. — J'approuve la critique de la matrice, que je suis d'avis de supprimer. »

M. Meng. — Autrefois on la conseillait.

M. Richard-Chauvin. — L'emploi de la matrice offre de graves inconvénients en ce qui concerne l'aurification. Pour condenser l'or adhésif de manière à obtenir une masse homogène, il faut pouvoir fouler en se plaçant à tous les angles. Le bord cervical d'une cavité demande à être surveillé tout particulièrement. Pour être sûr que l'aurification n'offre pas sur ce point des parties pénétrables, il faut établir la construction par plans successifs, condenser les blocs en commençant contre les parois internes pour revenir graduellement vers les bords.

Il est entendu que les morceaux d'or débordent la cavité. Au moment de la condensation sur le bord cervical, autant pour éviter les échappées que pour fouler l'or sur l'angle même de ce bord, il est utile de frapper obliquement de dehors en dedans. Si l'instrument glisse, il est projeté dans la cavité même ; on évite ainsi le danger de blesser les gencives ou de déchirer la digue. L'excédent de matière doit ensuite être foulé avec un pied quadrillé contre les bords cervical et latéraux.

Il ne nous semble pas possible de faire une aurification homogène et bien condensée si l'on ne suit pas ces indications ; d'autre part ces conditions sont impossibles à réaliser avec une matrice qui obstrue justement les parties de la cavité les plus intéressantes à surveiller.

M. Levett. — En laissant dépasser vous avez une juxtaposition complète de la matrice aux parois de la dent.

M. Richard-Chauvin. — C'est justement cette application parfaite qui empêche de condenser l'or et de le rabattre sur les bords.

M. de Marion. — A une époque je ne comprenais pas qu'une aurification construite avec la matrice ne pût pas être aussi bien faite qu'une autre. J'ai voulu fixer mon opinion et j'ai aurifié avec cet instrument des dents montées sur socles de plâtre. J'ai constaté que toutes ces aurifications présentaient des trous et j'y mettais plus de temps que si je les avais faites sur un patient.

M. Lemerle. — Si l'on veut employer la matrice, c'est avec l'or de Trey.

M. Richard-Chauvin. — A mon avis, c'est surtout avec la méthode rotative.

M. Lemerle lit un passage relatif à l'or de Trey et ajoute : « Si l'on se laisse entraîner à vouloir aller rapidement, on fait une aurification dans laquelle on pénètre avec la plus grande facilité. Il faut condenser lentement et prendre des instruments de plus en plus fins. En y mettant le temps nécessaire, avec des instruments appropriés, on arrive à un bon résultat. »

M. de Marion. — Que pensez-vous de cet or ?

M. Richard-Chauvin. — L'or de Genève me paraît légèrement supérieur à l'or de Trey.

M. Levett. — Il y a un nouvel or américain.

M. de Marion. — Cet or est-il supérieur à l'or en éponge ?

M. Richard-Chauvin. — Le grand défaut de l'or de Trey, c'est de s'effriter. L'or de Genève est d'un grain plus fin et s'effrite moins.

Je veux appeler votre attention sur notre méthode mixte or mou, or adhésif, qui présente un réel intérêt. Le jour de la lecture de notre rapport, j'ai fait, tout en causant, une petite démonstration sur une dent montée sur un socle de plâtre. Les membres présents ont pu constater qu'en quelques minutes j'ai condensé deux feuilles d'or mou et une d'or adhésif par-dessus. Bien que ce dernier ait été condensé avec mes instruments pour l'or mou c'est-à-dire d'une manière plutôt défectueuse, j'ai voulu me rendre compte du résultat. J'ai cassé la dent pour pouvoir vous présenter le bloc ce soir. Vous pouvez constater comme moi : 1° qu'il paraît bien homogène dans toutes ses parties ; 2° que l'or mou qui forme la base du bloc est condensé de telle manière que les stries produites par les fraises et l'excavateur sont reproduites avec la plus grande

netteté. On peut s'en assurer en le regardant à la loupe ; 3° enfin que le bloc est inséparable, ce qui prouve que les deux ors se sont parfaitement liés.

M. Lemerle. — De toutes les expériences faites aussi bien par M. Toulouse que par moi il résulte que c'est l'or de Trey qui donne la plus faible densité. (Il donne lecture d'un passage relatif à l'apparence d'un fond de cavité construit avec l'or de Trey) et ajoute : « On obtient un fond réellement solide et je ne serais pas éloigné de recommander ce procédé à la condition de terminer avec l'or adhésif. »

M. Richard-Chauvin. — L'or adhésif doit être tassé par fragments peu épais. Si avec l'or de Trey on ne s'écarte pas de cette règle essentielle on ne bénéficie que d'un gain de temps réellement peu appréciable. Je préfère la méthode mixte or mou, or adhésif, qui donne les résultats que vous pouvez constater.

M. Lemerle donne lecture d'un passage relatif à la condensation et ajoute : « La condensation de l'or est en raison inverse de la surface de l'instrument employé. Il faudrait inculquer ce principe aux élèves. »

M. Richard-Chauvin. — Nous sommes absolument d'accord avec M. Lemerle sur ce principe, que nous avons, du reste, énoncé dans notre rapport.

M. Lemerle. — Que va-t-il résulter de notre discussion ? L'or adhésif est-il supérieur à l'or mou ? Il faudrait avoir une opinion sur la question.

M. Papot. — Il y a une douzaine d'années, un membre de la Société nous a montré des aurifications faites avec l'or mou 30 ans auparavant et bien conservées.

M. Meng. — En ce qui concerne l'or adhésif, tout dépend de l'opérateur, qui frappe quelquefois trop fort, au risque de faire éclater les bords. Si l'opération est faite avec soin, il donne d'excellents résultats; néanmoins étant donné le temps considérable qu'il demande, je lui préfère l'or mou toutes les fois que son application est possible.

M. Richard-Chauvin. — M. Lemerle nous demande une déclaration de principes qu'il est impossible de formuler en l'occurence. Tout partisan que je sois d'étendre considérablement l'emploi de l'or mou, je dois pourtant convenir, moi qui l'utilise peut-être plus que quiconque, que je me sers encore très souvent d'or adhésif et que je suis enchanté des résultats qu'il me donne. Je vais essayer néanmoins de dégager nettement mon opinion en quelques mots :

1° Dans tous les cas favorables à son emploi, l'or mou doit être préféré parce qu'il est plus malléable et qu'en raison de cette malléabilité il s'adapte mieux aux parois de la dent avec lesquelles il est en contact. L'organe est donc mieux protégé ;

2° L'or adhésif est une excellente matière d'obturation qui s'ap-

plique à un plus grand nombre de cas que l'or mou et qu'il serait puéril de dénigrer au profit de son antagoniste, étant donné les services signalés que l'on retire de son emploi;

3° Qu'il fait du reste le meilleur ménage avec cet antagoniste, ainsi que nous l'a démontré le bloc que j'ai fait passer sous vos yeux;

4° Que l'emploi judicieusement combiné des deux permettra dans un grand nombre de cas de gagner un temps considérable, par conséquent de vulgariser l'aurification qui est et restera longtemps encore le meilleur mode d'obturation.

Je termine en ajoutant que, pour aider à faire passer mes convictions dans vos esprits je me tiens à la disposition de la Société d'Odontologie pour faire les démonstrations qui lui paraîtront nécessaires pour l'édification de ses membres.

M. Martinier. — M. Lemerle voudrait une déclaration de la Société. Il y a 15 ans, MM. Levett et Chauvin ont engagé un tournoi sur cette question et nous n'y avons rien gagné. Il ne faut pas être exclusiviste. Ordinairement la meilleure méthode est celle employée par l'auteur; ce n'est pas le cas ce soir, puisque M. Chauvin déclare employer beaucoup l'or adhésif. La méthode qui nous permettrait de diminuer la lenteur de l'aurification serait la meilleure pour nous. Dans quel cas pouvons-nous abréger sa durée? Chaque fois que nous pouvons réduire la somme de patience que nous demandons à nos malades en employant une méthode mixte, si celle-ci doit nous donner une obturation parfaite, il faut le faire. Nous ne nous prononçons pas catégoriquement et nous choisissons pour chaque cas ce qui convient.

M. Lemerle. — La discussion de ce soir prouve l'utilité de la communication de M. Chauvin. Pour ma part, je me tiens à la disposition de la Société pour faire des démonstrations conjointement avec M. Chauvin.

M. Papot. — Je tiens à faire remarquer que, conformément à la décision prise, le procès-verbal de la dernière séance est resté au secrétariat de l'Ecole à la disposition des membres désireux de le reviser; or, personne n'est venu le consulter. Je rappelle que le prochain procès-verbal y sera déposé de même.

La séance est levée à 11 heures et demie.

Le Secrétaire général,
DE MARION.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. — CHATEAUROUX.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) {
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
14, rue de Stassart, BRUXELLES.
4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.

Société Française de Fournitures Dentaires. {
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
18, allées de Tourny, Bordeaux
} *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Usurpation du titre français de docteur. — Exercice de la profession de chirurgien-dentiste sous un prénom. — Pseudonyme. — Exercice antérieur a la loi du 30 novembre 1892.

COUR DE CASSATION (Ch. crimin.).

Audience du 27 juillet 1899.

Présidence de M. Lœw.

La loi du 30 novembre 1892 (art. 9) défend d'exercer sous un pseudonyme la profession de dentiste.

En l'absence de définition légale, le mot *pseudonyme* doit s'entendre de tout nom tendant à dissimuler l'individualité du praticien, c'est-à-dire, en principe, de tout nom autre que le nom patronymique (L. 30 nov. 1892, art 9, §4). En ne s'annonçant que sous son prénom, le praticien dissimule son individualité, tout aussi bien que s'il avait pris un nom qui ne lui appartînt pas.

Une semblable interprétation ne fait pas rétroagir la loi de 1892. Si, en effet, le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tous dentistes justifiant qu'à la date du 1er janvier 1892 ils étaient inscrits au rôle des patentes (ce qui les dispense de la production du diplôme), ils ne sont pas pour cela affranchis, en principe, des obligations nouvelles que la loi impose, d'une manière générale, à ceux qui exercent la profession de dentiste (L. 30 nov. 1892, art. 32).

(*Baumgartner.*)

Arrêt

La Cour ;

Attendu que *Baumgartner* qui a pour prénom *Sylvestre*, et qui possède un diplôme de chirurgien-dentiste délivré par le *Gouvernement mexicain*, a fixé, extérieurement, à la porte d'entrée de son appartement, une plaque portant ces mots : « *Docteur Sylvestre, dentiste américain* » ; qu'à raison de ce fait, il a été poursuivi comme ayant tout ensemble usurpé le titre *français* de docteur en médecine et exercé l'art dentaire sous un *pseudonyme;* que le *Tribunal correctionnel de la Seine* l'ayant acquitté sur le premier chef de prévention

et condamné sur le second, l'arrêt attaqué l'a déclaré coupable sur l'un et l'autre et a confirmé la condamnation prononcée en première instance ;

En ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire sous un pseudonyme :

Sur le moyen pris de la violation des articles 9, 28 et 31 de la loi du 30 novembre 1892 et du principe de la non-rétroactivité des lois, en ce que l'arrêt attaqué a jugé que le demandeur avait contrevenu à l'article 9, en exerçant sa profession de dentiste sous le pseudonyme de Sylvestre, alors que, d'une part, Sylvestre est le prénom du demandeur, et que, d'ailleurs, celui-ci, ayant exercé sa profession sous ce nom, antérieurement à la loi du 30 novembre 1892, devait être maintenu en possession de ce droit, en vertu du principe que les lois n'ont point d'effet rétroactif, principe appliqué par les articles 28 et 32 de ladite loi:

Attendu que l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 défend d'exercer sous un *pseudonyme* les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme ; qu'en l'absence de définition légale, le mot *pseudonyme* doit s'entendre ici de tout nom tendant à dissimuler l'individualité du praticien, c'est-à-dire, en principe, de tout nom autre que le nom patronymique ; et qu'en fait, ainsi que le constate le jugement de première instance dans des motifs adoptés par l'arrêt attaqué, *Baumgartner*, en ne s'annonçant que sous son prénom, dissimulait son individualité tout aussi bien que s'il avait pris un nom qui ne lui appartînt pas ;

Attendu que cette interprétation ne fait pas, comme le prétend le pourvoi, rétroagir la loi de 1892 ; qu'en effet, *Baumgartner* n'a pas été poursuivi et condamné pour des faits antérieurs à l'époque où cette loi est devenue obligatoire ; que, sans doute, par l'article 32 susvisé, le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tous dentistes justifiant qu'à la date du 1er janvier 1892 ils étaient inscrits au rôle des patentes ; mais que cet article, qui a pour but de les dispenser de la production d'un diplôme, ne les affranchit pas, en principe, et à moins que le contraire ne résulte d'une disposition spéciale, qui n'existe pas ici, des obligations nouvelles que la loi impose d'une manière générale à ceux qui exercent la profession de dentiste : d'où il suit que ce moyen doit être rejeté ;

Et attendu que, la peine prononcée se trouvant justifiée par le délit d'exercice de la profession de dentiste sous un pseudonyme, il est inutile de statuer sur l'autre moyen du pourvoi, qui tend à écarter comme non existant, dans l'espèce, le délit d'usurpation du titre français de docteur en médecine ;

PAR CES MOTIFS :

Et attendu que l'arrêt attaqué est régulier en la forme ;

Rejette le pourvoi de *Baumgartner* contre l'arrêt du 14 mars dernier, par lequel la Cour de Paris (Chambre correctionnelle) l'a condamné à 25 francs d'amende...

OBSERVATIONS. — Rappelons en quelques mots les faits qui ont abouti à l'arrêt du 27 juillet 1899.

M. *Baumgartner*, qui a pour prénom *Sylvestre*, et qui possède un diplôme de *chirurgien-dentiste* délivré par le *Gouvernement mexicain*, s'était établi à *Paris*, où, payant patente, il exerçait depuis 1889.

Il avait fait apposer, extérieurement, à la porte d'entrée, une plaque-enseigne portant ces mots : « *Docteur Sylvestre, dentiste américain* », une autre plaque était fixée contre le montant de la porte de son appartement.

Le *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* s'émut de cet état de choses et, s'appuyant sur l'article 13 de la *loi du 30 novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine,* qui lui permet de prendre en mains la défense des intérêts professionnels, il releva contre *Baumgartner* les deux délits prévus par les articles 9 § 4 et 20 de la loi de 1892, visant : l'*usurpation du titre français de docteur* de la part de celui qui se livre à l'exercice professionnel, en faisant précéder ou suivre son nom du titre de *docteur* sans en indiquer l'origine étrangère (*usurpation* que l'article 20 punit d'une amende de 100 à 200 fr.), et l'*exercice de la profession de chirurgien-dentiste sous un pseudonyme* (art. 9 § 4), que l'article 18 frappe d'une amende de 50 à 100 francs, et, en cas de récidive, de 100 à 500 francs (V. *L'Odontologie*, 1897, p. 122 et 264) [1].

Cité devant le *Tribunal correctionnel de la Seine*, à la requête du *Président du Syndicat, Baumgartner* a été condamné à 25 francs d'amende pour *exercice illégal de l'art dentaire sous un pseudonyme,* par jugement du 18 novembre 1898 (V. *L'Odontologie*, 1889, p. 97) : car « en n'indiquant pas son nom de famille, et en le remplaçant par un simple prénom, il avait évidemment dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme ».

Mais il a été acquitté du chef d'*usurpation du titre français de docteur,* parce que « l'origine étrangère du docteur était suffisamment indiquée par la plaque extérieure placée à la porte d'entrée et par la plaque fixée contre le montant de la porte de l'appartement ».

La *Cour de Paris (Chambre des Appels correctionnels),* saisie, à son tour, par le triple appel du prévenu, de la partie civile et du *Ministère public*, a rendu, le 12 mars 1899 (V. *L'Odontologie*, 1899, p. 331), un arrêt qui, lui, au contraire, déclare *Baumgartner* coupable sur les deux chefs de prévention et confirme la condamnation prononcée en première instance.

La *Cour* considère que « le titre de *docteur* que s'attribue *Baum-*

---

1. Si l'exercice illégal de l'art dentaire se complique d'usurpation du titre de docteur, la loi frappe d'une amende de 1000 à 2000 fr., et, en cas de récidive, de 2000 à 3000 fr., et d'un emprisonnement de 6 jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement (art. 19).

gartner ne peut s'entendre, de toute évidence, que du titre de *docteur en médecine* » ; que les expressions *dentiste américain* dont il fait suivre le nom sous lequel il se présente au public, ne se réfèrent pas au titre de *docteur* dont il le fait précéder ; qu'elles en restent complètement indépendantes ; que ces expressions, dont la signification échappe, du reste, à toute précision, peuvent donner à penser que *Baumgartner* s'est livré à des études spéciales en *Amérique*, ou qu'il a recours à des procédés plus particulièrement employés dans ce pays ; mais qu'elles ne font point connaître, selon le vœu de la loi, l'origine étrangère du titre de *docteur* qu'il revendique. »

D'autre part, la *Cour* adoptant, sur l'autre chef, les motifs des premiers juges, ajoute que « peu importe que *Baumgartner* se livrât, dès avant le 1er janvier 1892, à la pratique de l'art dentaire sous le nom de *Sylvestre;* qu'en autorisant *Baumgartner* à continuer l'exercice de sa profession, la disposition transitoire de l'article 32 de la loi de 1892 ne l'a pas dispensé de satisfaire aux autres prescriptions de cette loi, dont l'observation n'emporte pas un effet rétroactif ; qu'il en est ainsi, notamment, de la disposition finale de l'article 9, qui interdit d'exercer sous un *pseudonyme* ».

Cet arrêt a été déféré à la *Cour de Cassation*, par *Baumgartner*, qui invoque deux moyens : d'une part, violation des articles 20 et 32 de la loi de 1892, et, d'autre part, violation des articles 9, 28 et 32 de la même loi et du principe que les lois n'ont pas d'effet rétroactif.

1° Que vise et que punit l'article 20 ? — dit *Baumgartner*. — L'usurpation du titre *français* de *docteur en médecine*.

Or, les mots *dentiste américain* de la *plaque* indiquent suffisamment l'origine étrangère du docteur *Sylvestre*.

2° De plus, la loi (art. 20) ne prohibe l'usurpation du titre que lorsqu'elle est commise par un individu *exerçant la médecine*. Elle n'exige l'indication de l'origine étrangère du titre que de qui s'intitule *docteur en médecine* et non simplement *docteur*.

Or, à supposer qu'il n'ait pas indiqué l'origine étrangère de son titre, *Baumgartner* ne s'est, en tout cas, qualifié que *docteur* et non *docteur en médecine*. Il n'y a donc pas, à la lettre, *usurpation de titre*. Cette interprétation de la loi est surabondamment établie par les *travaux préparatoires*, et en matière pénale l'interprétation ne peut être que restrictive.

3° D'ailleurs, l'article 32 de la loi de 1892 maintient le droit d'exercer l'art dentaire à tout *dentiste* inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Or, *Baumgartner*, sous son *pseudonyme* de *Sylvestre*, qui est, du reste, son *prénom*, pratiquait dès avant 1892, et les lois n'ont pas d'effet rétroactif.

— La *Cour suprême*, par son arrêt du 27 juillet 1899, après un remarquable rapport de M. le Conseiller *Accarias*, proclame que, si le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout *dentiste* justifiant qu'à la date du 1er janvier 1892 il était inscrit au rôle des patentes (art. 32), cet article 32, qui a pour but de le dispenser de la production du diplôme, ne l'affranchit pas, en principe, et à moins que le contraire ne résulte d'une disposition spéciale qui n'existe pas ici, des obligations nouvelles que la loi impose d'une manière générale à ceux qui exercent la profession de *dentiste*.

La loi, en défendant d'exercer cette profession sous un *pseudonyme*, en interdit par là même l'exercice sous tout *nom*, autre que le *nom patronymique*, qui tendrait à dissimuler l'individualité du praticien. Or, en s'annonçant même sous son *prénom*, le praticien dissimule son individualité, tout aussi bien que s'il avait pris un *nom* qui ne serait pas le sien.

Et une semblable interprétation ne fait pas rétroagir la loi de 1892.

Cette solution nous paraît très solidement fondée *en droit*, et de nature à fixer définitivement un point qui pouvait, ce semble, prêter à controverse.

La Cour avait, en même temps que la question du *pseudonyme*, à trancher la question d'*usurpation du titre français de docteur* [1]. Mais, en présence des moyens du pourvoi qu'elle venait d'examiner et qu'elle rejetait, — « la peine prononcée se trouvant justifiée par le *délit*

---

1. Rappelons que, sous l'empire de la *loi du* 19 *ventôse an XI*, le Gouvernement pouvait accorder aux médecins gradués dans des *Universités étrangères* le droit d'exercer en *France*, mais que cette formalité n'était pas même nécessaire en ce qui concernait les *dentistes*, puisque la profession n'était alors soumise à aucune règlementation (le libre exercice des professions proclamé en 1791 et la suppression des corporations en 1792 ayant abrogé les *déclarations de* 1730 *et de* 1768, qui exigeaient un brevet spécial pour la profession de dentiste, et la *loi du* 19 *ventôse an XI*, qui réglemente l'art de guérir, ayant gardé le silence en ce qui concerne les *dentistes*), et que, dès lors, munis ou non de diplômes, des *dentistes étrangers* pouvaient s'établir *en France* (*Cass.* 23 février 1827 et 15 mai 1846 ; *C. Amiens*, 26 juin 1846).

Depuis la *loi de* 1892, il faut au *dentiste* diplômé à l'*étranger* (art. 2 et 5 § 1), pour qu'il puisse exercer en *France*, qu'il y ait obtenu le diplôme de *médecin* ou de *chirurgien-dentiste*.

S'il s'agit d'un *dentiste docteur en médecine*, le *Ministre* peut, en se conformant à un règlement délibéré au *Conseil supérieur de l'Instruction publique*, dispenser de la scolarité et d'une partie de l'examen (trois épreuves au plus du doctorat).

S'il s'agit d'un simple *dentiste*, reçu à l'étranger et voulant à l'avenir exercer en *France*, — (je ne parle pas, bien entendu, des mesures transitoires que vise l'article 32 et qui ont été édictées dans le but de respecter le principe de la non-rétroactivité des lois), — il lui faut subir les examens prévus au *Décret du* 25 *juillet* 1893 (*art.* 6), et il ne peut être dispensé, en totalité ou en partie, que de la scolarité, après *avis* du *Comité consultatif de l'enseignement public.*

d'exercice de la profession de dentiste sous un pseudonyme », — elle a jugé « inutile de statuer sur le dernier moyen ».

Cependant, cette question a été étudiée par le conseiller-rapporteur, et il a judicieusement fait observer que la loi ne s'inquiète pas le moins du monde de l'origine, étrangère ou française, du praticien : ce dont elle veut que ce dernier donne sans équivoque connaissance au public, c'est de l'*origine étrangère de son titre*. Ainsi dire : *Docteur Sylvestre, dentiste américain* », ou : « *Sylvestre, docteur dentiste américain* », sera-ce satisfaire au vœu de la loi ? Non, car ces mots ne révèlent pas clairement l'*origine étrangère* du titre, et une pareille formule peut signifier plutôt encore : « *Dentiste de nationalité américaine* », que : « *Dentiste diplômé en Amérique* ».

M. *Accarias* ajoutait qu'en vertu de l'article 16 de la loi de 1892, « l'exercice de l'art dentaire est une branche particulière de l'art médical ; que l'art dentaire rentre bien, d'après la loi, dans l'art médical, et que le *dentiste* est considéré comme exerçant la médecine, non pas dans son ensemble, mais dans une de ses spécialités ». Et, dès lors, *Baumgartner* avait mauvaise grâce à soutenir qu'en se livrant exclusivement à la pratique de l'art dentaire, il n'exerçait pas la médecine.

Mais, (nous l'avons dit déjà), — objectait M. *Baumgartner*, — si je me suis qualifié *docteur*, je n'ai point dit *docteur en médecine*. Or, l'article 20 de la loi de 1892 n'exige l'indication de l'*origine étrangère du titre* que de celui qui s'intitule *docteur en médecine*. En matière pénale la loi doit être prise à la lettre ; l'interprétation restrictive est de rigueur, et cette interprétation s'impose, dans l'espèce, avec une force invincible, si l'on se reporte à l'historique de la rédaction de cet article 20. — C'est ce qu'a fait M. *Accarias* spontanément, et il conclut ainsi : « Le texte originaire de l'article 20, présenté à la *Chambre des députés*, visait, en effet, sans plus de précision, le fait de l'individu qui prend le titre de *docteur*, sans indiquer qu'il s'agit d'un *titre étranger*. M. *Liard*, commissaire du Gouvernement, fit, dans la séance du 17 mars 1891, remarquer qu'il y avait des *docteurs* en théologie, en droit, en sciences, en lettres, et que, pour rendre l'usurpation manifeste, il fallait la faire consister à prendre le titre de *docteur en médecine*. De là, la rédaction actuelle... Plus tard, au *Sénat*, M. *Lesouëf*, dans la séance du 5 avril 1892, prétendit que l'usage du simple titre de *docteur* devait suffire à caractériser l'usurpation. On lui répondit par les paroles de M. *Liard*, et le texte modifié fut maintenu... Il y a donc là le texte de la loi et l'intention certaine du législateur. »

Mais, tout en admettant ce moyen du pourvoi, M. *Accarias* ne va pas jusqu'à proposer la cassation, parce que « le bien-fondé ne lui paraît pas de nature à entraîner une cassation même partielle, dès

lors que le délit d'exercice de l'art dentaire sous un *pseudonyme* suffit à justifier la condamnation ».

— Répondant, en outre, au reproche qu'on voulait faire produire à la loi nouvelle un effet rétroactif contre un dentiste exerçant avant le 1er janvier 1892, M. *Accarias* disait fort justement : « L'article 32, par bienveillance et pour ménager les situations acquises, a dispensé les *dentistes* établis de la production d'un diplôme; mais il ne les a pas affranchis de toutes les obligations qu'il créait à la charge des *chirurgiens-dentistes*... Or, aucun texte ne vise les *pseudonymes.* »

Et, plus loin : « Il n'y a pas rétroactivité, car on n'entend pas appliquer la loi aux faits qui ont précédé l'époque où elle est devenue obligatoire. »

— Sur la question du *pseudonyme*, nous estimons que le dernier mot est dit désormais.

Comme le fait observer *Dalloz*, « on nomme *pseudonyme* le nom supposé dont se sert un auteur, un artiste ou toute autre personne pour masquer sa personnalité dans les rapports de la vie littéraire, artistique ou même simplement privée, quoiqu'il conserve son véritable nom dans la vie civile... Prendre un *pseudonyme* n'est, à vrai dire, qu'une manière de garder l'anonyme dans les circonstances pour lesquelles on l'emploie ».

Sans doute, l'usage de ces noms de convention n'a rien d'illicite ; en principe, il ne porte atteinte ni à l'intérêt public, puisqu'il n'a pas pour conséquence que ceux qui s'en servent dissimulent leur identité dans tous les actes de la vie civile ou publique, où l'on doit faire usage de son véritable nom, ni à l'intérêt d'autrui, puisqu'on ne saurait choisir comme pseudonyme un nom patronymique encore porté. Il se concilie fort bien avec la prohibition du changement de noms ; les motifs qui peuvent pousser à prendre un *pseudonyme* sont multiples et assez fréquemment compatibles avec l'honnêteté, la morale et les droits des tiers. Il y a là, au reste, de pures questions de fait laissées à la libre appréciation des tribunaux.

Un droit de propriété, par exemple, peut, par un usage exclusif, se constituer sur un *pseudonyme* au profit de celui qui s'en sert (Trib. Seine, 24 janvier 1889), et le *pseudonyme* peut aussi constituer un nom commercial.

De même, on est propriétaire de son *prénom* tout aussi bien que de son *nom de famille*, et *Baumgartner* pouvait prétendre, de ce chef, à la propriété du prénom de *Sylvestre*.

Mais M. *Accarias* fait avec sagacité cette remarque : « Cela tranche-t-il la question de savoir ce qu'est un *pseudonyme*, en l'absence de définition légale ?

« Il faut considérer le but que poursuit la loi de 1892. Or, quel but

poursuit-elle ? Interdire le *pseudonyme*, qui, suivant l'expression de M. *Chevandier*, n'est qu'« *un masque pour les charlatans* ».

« La loi entend que l'individualité du praticien ne soit pas dissimulée. Or, incontestablement, cette individualité s'annonce par le *nom patronymique* bien plus sincèrement que par le *prénom*. Le *prénom*, comme on l'a dit, n'est, d'ordinaire, connu que dans un cercle restreint et peut prêter à des confusions par le grand nombre de personnes qui le portent, — à moins d'exceptions motivées par des circonstances que, le cas échéant, les tribunaux auraient grand soin de relever. Qu'en conclure ? C'est qu'il faut considérer comme *pseudonyme*, dans l'espèce, tout *nom* autre que le *nom patronymique*. »

Et nous ne saurions, pour terminer, mieux dire que n'a fait M. le conseiller-rapporteur : « M. *Baumgartner*, en substituant son *prénom* à son *nom de famille*, a déguisé son individualité, tout comme s'il avait pris un *nom* qui ne lui appartenait pas. »

F. Worms.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE FRANCE ET D'ALGÉRIE.

Le ministère de l'Intérieur publie la statistique du personnel médical et pharmaceutique de France et d'Algérie pour l'année 1898.

Sous ces termes de « personnel médical et pharmaceutique » on entend : les médecins, docteurs en médecine et officiers de santé, les chirurgiens-dentistes et dentistes, les sages-femmes de 1re et de 2e classe, les pharmaciens de 1re et de 2e classe et les herboristes.

Pour une population de 38.517.975 habitants (recensement de 1896) la France possède 13.412 docteurs en médecine, 1.605 officiers de santé, 1.679 dentistes, 13.665 sages-femmes, 8.910 pharmaciens et 342 herboristes ; dans ce dernier chiffre ne sont pas compris les herboristes du département de la Seine dont le nombre n'est pas fourni.

Les dentistes nous intéressent particulièrement.

Ils sont au nombre de 1.679, avons-nous vu, et se répartissent en 376 dentistes diplômés et 1.303 dentistes patentés. Ces derniers, exerçant en vertu des dispositions transitoires de la loi de 1892, forment donc encore les trois quarts du corps professionnel. Mais leur nombre diminue de jour en jour et, comme ils ne peuvent combler les vides, ils sont appelés à disparaître complètement dans un laps de temps plus ou moins long et à céder la place aux seuls dentistes diplômés.

Il y a en France 38.500.000 habitants, ce qui nous donne une moyenne générale de 1 dentiste pour 23.000 habitants environ, tandis que les médecins étant au nombre de 15.000, il y a 1 médecin pour 2.500 habitants environ.

Parmi les départements les plus favorisés au point de vue du nombre des dentistes nous remarquons les départements suivants :

Départements.	Population.	Diplômés.	Patentés.	Total.
Seine	3.340.000	244	400	644
Gironde	809.902	20	53	73
Nord	1.811.868	5	66	71
Rhône	839.329	13	56	69
Bouches-du-Rhône	673.820	21	37	58
Seine-Inférieure	837.824	8	45	53

Parmi les départements où il y a pénurie de dentistes nous signalerons : les Hautes-Alpes, qui ne comptent pas un seul praticien; la Corse, qui n'a que 1 dentiste ; les Basses-Alpes, le Cantal, la Creuse, la Haute-Loire, le Lot, la Lozère, le Tarn-et-Garonne, qui possèdent chacun 2 dentistes ; l'Ain, l'Ardèche, l'Ariège, l'Aveyron, les Côtes-du-Nord, le Gers, et le Tarn, qui accusent moins de 5 dentistes [1].

Paris, avec sa population de 2.511.629 habitants, vient naturellement en tête des villes qui possèdent le plus de dentistes : 582 dentistes exercent dans la capitale, parmi lesquels 231 sont diplômés et 351 patentés, ce qui donne une proportion de 1 dentiste pour 4.310 habitants. Le IXᵉ arrondissement avec 123 dentistes, le Iᵉʳ avec 70, le VIIIᵉ avec 59, le Xᵉ avec 45 et le IIᵉ avec 37 forment, la plus grande partie de ce total ; par contre le XIIᵉ et le XIXᵉ ne possèdent que 5 dentistes chacun, le XIIIᵉ en a 6, le XIVᵉ, 9 et le XXᵉ, 7 seulement.

Bordeaux suit de loin Paris avec 60 dentistes se répartissant en 16 dentistes diplômés et 44 dentistes patentés. Bordeaux ayant 256.906 habitants, cela fait environ 1 dentiste pour 4.300 habitants, même proportion que pour Paris.

Lyon (420.906 habitants) possède 59 dentistes, dont 13 sont diplômés et 46 patentés ce qui fait une moyenne de 1 dentiste pour 7.130 habitants.

Marseille pour ses 445.459 habitants n'a que 51 dentistes : 19 diplômés et 31 patentés, ce qui lui donne 1 dentiste par 8.730 habitants.

Lille possède 29 dentistes, Toulouse 22, dont 1 seul diplômé. Les villes de Nice et de Rouen qui viennent ensuite accusent chacune 20 dentistes.

Certaines villes d'eaux ou stations d'hiver qui ont une population peu importante ont cependant un nombre de dentistes relativement grand. Telles sont les villes de Chambéry avec 8 dentistes pour 21,762 habitants, ce qui fait une proportion de 1 dentiste pour 2.720 habitants, de Menton avec 5 dentistes pour 13,161 habitants et de Cannes avec 29.000 habitants et 11 dentistes, ce qui donne environ 1 dentiste pour 2.600 habitants. Telle est encore la ville de Pau qui possède 10 dentistes pour ses 33.000 habitants, ce qui lui attribue 1 dentiste pour 3.300 habitants.

Par contre un certain nombre de villes qui ont une population de plus de 10.000 habitants n'ont pas un seul dentiste. Je signalerai les villes de Gap (11.347 h.), Milhau (18.765 h.), Vierzon (11.378 h.), Ajaccio (20.223 h.), Cette (32.453 h.), St-Servan (12.173 h.), Denain

---

1. Voir le tableau ci-contre.

Statistique officielle des Dentistes exerçant en France

Liste publiée par le Ministère de l'Intérieur pour l'année 1899 (Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques).

DÉPARTEMENTS	DENTISTES diplômés.	DENTISTES patentés.	DENTISTES TOTAL
Ain	1	2	3
Aisne	3	14	17
Allier	2	4	6
Alpes (Basses-)	»	2	2
Alpes (Hautes-)	»	»	»
Alpes-Maritimes	7	30	37
Ardèche	1	2	3
Ardennes	2	13	15
Ariège	1	2	3
Aube	2	6	8
Aude	2	6	8
Aveyron	1	3	4
Bouches-du-Rhône	21	37	58
Calvados	5	5	10
Cantal	1	1	2
Charente	5	4	9
Charente-Inférieure	2	6	8
Cher	2	3	5
Corrèze	3	4	7
Corse	»	1	1
Côte-d'Or	7	7	14
Côtes-du-Nord	2	1	3
Creuse	1	1	2
Dordogne	1	6	7
Doubs	4	11	15
Drôme	2	7	9
Eure	3	10	13
Eure-et-Loir	3	7	10
Finistère	4	5	9
Gard	3	4	7
Garonne (Haute-)	10	14	24
Gers	2	2	4
Gironde	20	53	73
Hérault	4	11	15
Ille-et-Vilaine	2	10	12
Indre	»	5	5
Indre-et-Loire	»	8	8
Isère	4	20	24
Jura	1	6	7
Landes	1	4	5
Loir-et-Cher	1	7	8
Loire	2	10	12
Loire (Haute-)	»	2	2
Loire-Inférieure	6	7	13
Loiret	3	7	10
Lot	1	1	2
A reporter	102	408	510

DÉPARTEMENTS	DENTISTES diplômés.	DENTISTES patentés.	DENTISTES TOTAL
Report	102	408	510
Lot-et-Garonne	1	10	11
Lozère	»	2	2
Maine-et-Loire	7	4	11
Manche	2	7	9
Marne	3	10	13
Marne (Haute-)	3	4	7
Mayenne	1	4	5
Meurthe-et-Moselle	2	17	19
Meuse	2	5	7
Morbihan	5	4	9
Nièvre	2	5	7
Nord	5	66	71
Oise	1	15	16
Orne	4	5	9
Pas-de-Calais	»	16	16
Puy-de-Dôme	1	10	11
Pyrénées (Basses-)	8	12	20
Pyrénées (Hautes-)	»	5	5
Pyrénées-Orientales	3	3	6
Rhin (Haut-)	»	3	3
Rhône	13	56	69
Saône (Haute-)	»	5	5
Saône-et-Loire	3	12	15
Sarthe	3	5	8
Savoie	2	11	13
Savoie (Haute-)	1	5	6
Seine-Inférieure	8	45	53
Seine-et-Marne	4	15	19
Seine-et-Oise	12	20	32
Sèvres (Deux-)	2	5	7
Somme	3	10	13
Tarn	2	1	3
Tarn-et-Garonne	»	2	2
Var	3	11	14
Vaucluse	1	10	11
Vendée	»	5	5
Vienne	3	2	5
Vienne (Haute-)	3	2	5
Vosges	2	9	11
Yonne	3	4	7
TOTAUX (non compris la Seine)	203	840	1.043
Paris et dép. de la Seine	244	400	644
TOTAUX (y compris la Seine)	376	1.303	1.679

(19.916 h.), Lens (17.347 h.), Riom (11.016 h.), Montreuil, arrondissement de Sceaux (26.522 h.), Villejuif (31.935 h.), Bolbec, Seine-Inférieure (12.141 h.), Mazamet, Tarn (13.617 h.), et les Sables-d'Olonne (11.826 habitants).

L'Algérie compte 30 dentistes pour une population de 2.685.000 habitants : 15 dans le département d'Alger, 9 dans le département de Constantine et 6 dans celui d'Oran.

*
* *

Ces chiffres sont intéressants, d'abord parce qu'ils sont officiels et que pour tels ils méritent un peu de la juste considération qui s'attache à tout ce qui est officiel, mais surtout parce qu'ils comblent une lacune ; nous ne possédions pas, en effet, jusqu'ici, de document certain sur la répartition et le nombre exact de nos confrères exerçant en France. Cette statistique nous fournit des renseignements précieux sur l'état du corps professionnel six ans après le vote de la loi de 1892 ; elle rassurera ceux qui se plaignent de l'envahissement de la profession en leur montrant qu'il y a encore de la place pour tous et que nous sommes loin de l'encombrement, peu désirable d'ailleurs, qui caractérise la profession médicale. Elle fournira peut-être une indication utile au jeune diplômé à la veille de s'établir et indécis sur le choix à faire.

On me dira bien que les chiffres que je viens de citer ne sont peut-être pas complètement exacts ; je m'en doute un peu, d'autant plus qu'ils ont deux ans de date ; on me signalera des omissions..., j'en connais moi-même et je reste toutefois persuadé qu'elles sont peu nombreuses ; on m'objectera enfin que cette statistique est entachée d'erreur, car elle ne comprend pas les docteurs en médecine qui exercent l'art dentaire, mais ils forment une minorité si faible qu'on peut, je crois, très bien n'en pas tenir compte, sans pour cela encourir le reproche d'inexactitude.

G. Gross.

Réunion dentaire a Hambourg.

Des jours de fête, comme le fut le 4 février 1900, sont pour l'Association des médecins-dentistes une rareté, mais ont par cela même, pour ceux qui y prennent part, un charme d'autant plus grand et des suites plus durables. Nous devons cette fête à notre membre d'honneur, M. le docteur Herbst, de Brême, qui a eu l'amabilité de se rendre chez nous à Hambourg, pour nous mettre au courant de ses plus récentes inventions, spécialement de ses travaux destinés à l'Exposition universelle. Pour cette réunion, environ trente collègues se sont rendus, à 11 heures du matin, à Waterloo-Hôtel.

La démonstration de M. Emile Herbst jeune a commencé par une communication sur les qualités cohésives de l'or. Il a démontré à peu près ce qui suit : l'or, chimiquement pur, en feuilles minces, est de sa nature cohésif et ne perd cette qualité que si les feuilles s'imprègnent d'humidité, c'est-à-dire si elles se couvrent d'une couche d'air humide. Pour l'en faire disparaître, il faut passer l'or à la flamme. Si l'enlèvement de la couche d'air humide est faite d'une façon imparfaite, par exemple si l'on verse de l'éther sulfurique sur ces feuilles d'or et si l'on passe de nouveau à la flamme, on obtient de l'or semi-cohésif. Veut-on, au contraire, obtenir de l'or non cohésif, qui ne perde pas sa qualité à la flamme, il est nécessaire, en fondant le métal, d'ajouter un peu d'oxyde ; mais alors l'or n'est plus de l'or chimiquement pur. L'or chimiquement pur, non-cohésif, c'est-à-dire pourvu de sa couche d'air humide est plus dur, que celui qui est cohésif et passé au feu. Malgré cela, il est plus malléable parce que les feuilles sont plus malléables entre elles et ne deviennent pas un bloc, comme cela peut se faire avec l'or cohésif. De tout cela ressortent des observations très pratiques. Le « Submarine Gold » de M. le docteur Herbst réunit toutes ces qualités qu'on est en droit d'attendre de l'or à aurifier ; il est non cohésif, mais chimiquement pur ; devient semi cohésif et cohésif, par l'action de la flamme ; on peut même, si c'est de l'or mou, s'en servir pour des cavités appropriées et les remplir avec la salive. Pour faire une suite pratique à ces communications théoriques, M. le Dr Herbst aîné a fait d'abord une aurification à sec, en très peu de temps avec des fouloirs à mains, puis une aurification dans la salive.

Il a été ensuite question d'une foule de petites améliorations de « méthodes et d'instruments » sur lesquelles nous ne pouvons pas nous étendre. De nombreuses démonstrations ont suivi la présentation des modèles des travaux à pont destinés à l'Exposition universelle, que nous aurons le plaisir d'admirer sur lieu et place.

Extrait de la *Deutsche Zahnärztliche, Wochenschrift.*

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

A. Debraux, professeur, 17, faubourg Montmartre, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TELEPHONE 214.53.
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TELÉPHONE 214.47. 45, r. de la République. Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Vve J. Wirth, 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, successeur, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / *Tube anesthésique.* — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Les sections d'organisation scientifique du Congrès se sont réunies pour examiner la liste des rapports et communications actuellement promis et de leurs auteurs. Cette liste, qui comprend 125 noms environ, est encore loin d'être complète, un certain nombre de comités nationaux n'ayant pas encore fait connaître ceux de leurs compatriotes qui prendront une part active aux travaux du Congrès. Nous y avons relevé, toutefois, les noms des notabilités les plus marquantes de la profession dentaire. Les titres des communications et les noms de leurs auteurs seront portés incessamment à la connaissance de nos confrères par une circulaire générale faisant suite à celle de janvier.

Dans la même réunion, le bureau a décidé que les modifications suivantes seraient apportées à la composition des sections :

La 6e section s'occupera désormais, exclusivement, de l'« enseignement de l'art dentaire » sous la présidence de M. le Dr Queudot.

La 7e section, sous la présidence de M. Lemerle, sera, comme précédemment, divisée en deux sous-sections :

La 1re « Histoire de l'art dentaire et musée », détachée de la 6e section et la 2e « Législation, jurisprudence et déontologie » gardant ses attributions antérieures.

La sous-section de la « Presse professionnelle » a paru faire double emploi avec le comité administratif de la Presse et la suppression en a été décidée.

Enfin, M. Francis Jean n'ayant pu continuer ses fonctions de président de la 9e section, et dans le but d'unifier les vues qui doivent présider à l'organisation des démonstrations pratiques, il a été décidé que les 9e et 10e sections « Prothèse » et « Dentisterie opératoire » seraient réunies en une seule et que les deux branches formeraient deux sous-sections avec un président unique.

M. Burt a été désigné pour cette fonction.

Nous sommes heureux d'annoncer que les chemins de fer espagnols accorderont des réductions à tous les membres du Congrès, à titre personnel et à condition que la demande en soit faite par l'intermédiaire du comité national espagnol.

Circulaire de la Société dentaire américaine d'Europe

La Société dentaire américaine d'Europe vient d'adresser à tous ses membres la circulaire suivante, que nous publions avec grand plaisir.

Turnbridge Wells, 3 avril 1900.

Cher docteur,

Vous savez, sans doute, que la Société dentaire américaine d'Europe a été invitée très cordialement à prendre part au Congrès dentaire international qui doit avoir lieu à Paris du 8 au 14 août prochain.

Le Comité exécutif de la Société, dans la pensée que les vues du Congrès sont identiques à celles de la Société, a non seulement accepté avec empressement cette invitation, mais, afin que les membres puissent donner leur appui individuel au Congrès, a décidé que notre Congrès général annuel sera une simple assemblée consacrée aux affaires intérieures de la Société et à des réunions confraternelles. Il espère et compte que les membres appuieront le Congrès dentaire international avec le même enthousiasme qu'ils auraient apporté à leur propre Congrès. Si vous êtes disposé à démontrer quelque fait nouveau ou à faire une communication ayant un intérêt général, cette contribution sera accueillie avec plaisir. Si vous n'êtes pas à même de jouer un rôle actif, votre présence encouragera d'autres travailleurs en leur montrant que vous appréciez leurs efforts pour le progrès de notre profession.

En même temps que l'invitation a été adressée à la Société comme groupement professionnel, car la Société sera reconnue comme telle au Congrès, le désir a été formulé que les membres de la Société adhèrent individuellement au Congrès dans la mesure du possible par l'intermédiaire du Comité national du pays qu'ils habitent. Quoique cette voie soit vivement recommandée, si un membre de la Société avait une bonne raison pour ne pas désirer donner son adhésion par cet intermédiaire, il est prié d'en informer immédiatement le Secrétaire de la Société.

L'organisation du Congrès est déjà suffisamment avancée pour que nous puissions, en toute assurance, prédire un grand succès. Les avantages professionnels et sociaux seront tels qu'aucun membre de la Société ne doit s'abstenir. Vous êtes donc invité à envoyer immédiatement votre demande d'adhésion et votre cotisation (25 francs) à votre Comité national. Même si vous étiez empêché d'assister au Congrès, vous aurez droit, en y adhérant, au volume des comptes rendus qui ne sera remis qu'aux membres et qui par lui-même vaudra aisément cette somme très minime.

. . . .

WALDO E. ROYCE, Secrétaire.

LE DENTAL COSMOS.

Nous apprenons que le *Dental Cosmos* du mois d'avril contiendra un long article, dû à la plume du Dr Kirk, sur le Congrès dentaire international.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Ueber die sogenannte frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren.

Le D[r] Alfred Sternfeld, de Munich, est l'auteur d'un traité intitulé : « *De l'extraction précoce de la molaire de 6 ans,* » publié par l'éditeur W. Künast, 1 Hoher Markt, Vienne. Dans cet ouvrage, qui ne compte pas moins de 62 pages, l'auteur étudie à fond cette question en se préoccupant de tout ce qui a été dit sur ce sujet par ses devanciers, de sorte que son travail constitue l'ensemble le plus complet qui ait paru jusqu'à ce jour. L'ouvrage est illustré de 7 planches, qui comprennent 97 figures accompagnées d'explications très détaillées. Nous en recommandons la lecture à ceux de nos confrères qui connaissent la langue allemande.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

Bibliographie étrangère.

Souchon (E.) Diagnosis and operative treatement of tumors of the lower maxilla. Tr. South. Surg. & Gynec. Ass., 1898, Phila., 1899, xi. 394-398.

Sprodes platina in den Zahncrampons. J. f. Zahnheilk., Berl., 1899, xiv, no. 25.

Steinberg (P.) Facts about the disgraceful issuing of degrees and licenses in the State of Illinois. Dominnion Dent. J., Toronto, 1899, xi, 233-243.

Stokes (W.) Clinical remarks on amputations of the lower jaw. *Ibid :* 220-225.

Tanturri (D.) Correlazione fra tumori maligni dell fossa nasale e dell'antro d'Highmoro. Arch. ital. di laringol., Napoli, 1899, xix, 97-105, 1 pl.

Theisen (C. F.) Tuberculosis of pharynx. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, xxxiii, 382-385.

Thompson (A. H) The comparative method of teaching dental anatomy. Tr. Nat. dent. Ass., 1898, Phila., 1899, ii, 141-157.

Thorne (E.) The common pathological conditions of the dental pulp. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1899, xlii, 634-680.

Tomes (C.) Beschreibung zweier Zähne mit ungewöhnlichen Krankheitserscheinungen. Zahnärztl. Wchnbl., Hamb., 1899, xiii, 49.

Turner (*Sir* W.) A rare form of palatal suture. J. Anat. & Physiol., Lond., 1898-9, 674.

Vinogradoff (P.) [Partial necrosis of the mandible.] Zubovrach vestnik, St. Petersb., 1899, xxi, 248-250.

Walkhoff. Contributo all'anatomia patologica della dentina sensibile. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 198.

Wallisch (G.) Otturazioni in porcellana. *Ibid :* 242-245.

Ward (C. H.) The evolution of the patient. Dental Cosmos. Phila., 1899, xli, 717-728.

Warren (H. B.) Un methodo sencillo de sujetar « frentes, » en trabajos de corona y de puente. Rev. med.-dent. mex., Mexico, 1899, ii, 477-482.

Wilder (F. R.) Facial neuralgia. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii. 827-831.

Willis (F. M.) Failures in bridge work. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 578-580.

Zang. Die Selbstanfertigung der gebräuchlichen Amalgame und die Verwertung ihrer Abfälle. Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii. 781. — Zur Therapie der Kiefercysten. *Ibid :* 803.

Zwillinger (H.) Primaer inyviorlarak ritka esete. [Singular case of primary cancer of velum palatinum.] Orvosi hetil., Budapest, 1899, xliii, 365.

Abraham. Hypnotismus und suggestion. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 193-209.

Abraham (A.) Die Durchschneidung des Nervus mandibularis. Oesterr.-ungar. Vrtljschr. f. Zahnh., Wien, 1899, xv, 289-307.

Acheson (N. B.). The dentist in his office. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 432-436.

Ajello (L.) Sullo spezzettamento delle tonsille. Atti. d. Cong. d. Soc. ital. di laringol. [etc.], 1897, Firenze, 1899, iii, 170-175.

Albrecht (H.) Sarkum des Unterkiefers in der zahnärztlichen Praxis. Odontologische Bl., Berl., 1899-1900, iv, 220-222. — Komplizierter Unterkieferbruch. *Ibid :* 296-299. — Alveolitis traumatica purulenta und Antrumempyem. *Ibid :* 299-301.

Alleged (An) death under nitrous oxide. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1899, xlii, 690-692.

Avoledo (P.) Il serramento delle mascelle in seguito a lesioni suppurative dell'orecchio. Atti d. cong. d. Soc. ital. di laringol. [etc.], 1897, Firenze, 1899, iii, 237-242.

Bardach (H.) Eine Variation der « doublirten Füllung. » Wien. Zahnärztl. Monatschr., 1899, i, 379-383.

Bary (A.) Ueber die Kreuzung der Facialiswurzeln. Neurol. Centralbl., Leipz., 1899, xviii, 781-787.

Bauchwitz (M.) Prothese bei Verwachsung des Rachens mit dem weichen Gaumen, etc. J. f. Zahnheilk., Berl., 1899, xiv, no. 27.

Baumgarten. Demonstration eines Sequesters, welcher fast den ganzen harten Gaumen betraf. Pest med.-chir. Presse, Budapest, 1899, xxxv, 760.

Baumgarten (E.) A kemény szájpadläs eddigelé ismeretlen fekélyéröl [An ulcer of the hard palate hitherto unknown.] Orvosi hetil., Budapest, 1899, xliii, 373.

Beazley (W. S.) Facial paralysis. Med. Reg., Richmond, 1899-1900, iii, 120-123.

Beers (W. G.) A case of trismus from spastic irritation of the masseter. Dominion Dent. J., Toronto, 1899, xi, 295.

Behnke. Der zahnärztliche « Sachverstandige. » Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 851-853.

Bell (F.) Coned inlays. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1899, xx, 473-475.

Von Bergman (E) Double harelip with projecting intermaxillary bone. Internat. Clin., Phila., 1899, 9, s., ii, 167-170.

Bodecker (C. F W.) Goldfüllungs-Methoden und ein Neues Gold. Odontologische Bl., Berl., 1899-1900, iv, 198-201 ; 227-235 ; 254-209 ; 277-281 ; 306-308.

Bonwill (W. G. A.) The anatomical articulator. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 617-636. — Significance of the equilateral triangle. *Ibid :* 636-643. — New methods of clasping artificial dentures to human teeth without injury versus immovable bridges. *Ibid :* 656-670.

Breitbach. Streit einer Ortskrank-

enkasse mit einem ärztlichen Bezirksverein betr. Zahnextraktionen. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii 5757 ; 5781 ; 5884. — Sind die Zahnkünstler Kurpfuscher oder nicht? *Ibid*, 5824.

Bridges (J. S.) Porcelain faced posterior dummies. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 697.

Brodtbeck (A.) Suggerirte Narkosen vermittelst Aethyl-Chlorid, für zahnärztliche Praxis. J. f. Zahnheilk., Berl., 1899, xiv, no. 29. — Weitere Beiträge über suggerirte Narkosen, Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnh., 1899, ix, 215-221.

Bull (H. B.) Making gold cusps and backing for porcelain facings. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 693.

Busch. Ueber die normale Bezahnung des Elefanten und über Verletzungen und Erkrankungen an den Zähnen desselben. Odonlotogische Bl., Berl., 1899-1900, iv, 187-190; 216-220; 242-249; 266-272; 292-296.

Butlin (H. T.) On malignant disease of the upper jaw. Clin. J., Lond., 1899, xiv, 305-311.

Byram (J. Q.) Constructive diseases of the dental pulp. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 934-943.

Campbell (B. C.) Educating the public dentally. Dental Digest, Chicago, 1899, v, 553-556.

Canovas (B. N.) Herida por arma de fuego con fracturas multiples de los huesos de la cara. Rev. dent.-amer., Phila., 1899, vii, 149-155.

Cantlie (J.) The early decay of the teeth in Britain. Brit. M. J., Lond., 1899, ii, 592-594.

Catching (B. H.) Hypodermic syringe for dental uses. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1899, xlii, 737.

Caush (D. E.) Method of prolonging nitrous oxide anæsthesia by means of a special gas. Dent Rec., Lond., 1899, xix, 357.

Cline (L. C.) Diseases of the antrum of Highmore: a study of one hundred and fifty cases. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, xxxiii, 771-773.

Comba (C.) Osservazioni cliniche istologiche e batteriologiche in sette casi di noma delle guancie ; contributo allo studio della etiologia e della patogenesi di questa malattia. Sperimentale Arch. di biol., Firenze, 1899, liii, 81-121.

Cooper (A. S.) How to make backing for porcelain facings. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 702.

Coulter (J. H.) Observations on tonsillectomy. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, xxxiii, 767-771.

Crouse (J. N.) A resume of the important changes that have taken place in dentistry during the last thirty-five years. Dental Digest, Chicago, 1899, v, 537-546.

Dentistica (La) antigua. Rev. dent.-amer., Phila., 1899, vii, 140-145.

Dill (T.) Kritische Betrachtungen über das Füllen der Zähne mit Gold mit einem Anhange « Kombinirte Kristall-Blattgold-Füllungen ». Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnh., 1899, ix, 227-231. — Altes und Neues über « Kronen-und Brückenarbeiten » ; mit zahlreichen Illustrationen. *Ibid* : 231-235. — Ueber eine neue Prägemethode von Gold, Platin und Aluminium vermittelst der Differential-Hebel-Presse der Dill'schen Formflaschen und Spence-Metall. *Ibid* : 235-242.

Dorner (A.) Ueber Chloroformnachwirkung in einem Falle von status lymphaticus. Wien. klin. Rundschau, 1899, xiii, 457 : 476. — Ein Fall von Zungensarcom. *Ibid* : 477.

Dolamore (W. H.) Treatment of alveolar hæmorrhage. Treatment, Lond., 1899-1900, iii, 377.

Donaldson (S. A.) A plea for the saving of more teeth or salvation vs. extraction. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 949-956.

Faraci (G.) Cura chirurgica della faringite cronica iperplastica. Atti d. Cong. d. Soc. ital. di laringol. [etc.], 1897, Firenze 1899, iii, 213-219.

Ferreri (G.) Un nuovo caso di straordinaria mobilità della lingua. *Ibid* : 234-236, 1 pl.

Flickinger (A.) Removable porcelain bridge work. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 698-701.

Florke (G.) Ueber den Einfluss der Kiefer und Zähne auf den Gesichtsausdruck der Völker. Odontologische

Bl., Berl., 1899-1900, iv, 203-205 ; 302-233 ; 260-262 ; 281-285 ; 302-305.

Frankel (B.) Offener Mund und kurze Oberlippe in Folge Straffheit des Frenulum labii superioris. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Berl., 1899, ix, 491.

Fricke. Ueber die Adolph Witzel'schen Kuppel-Füllungen. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 230-235.

Fuller (S. E.) A method of crowning with amalgam roots of multirooted teeth which have become separated by decay. Items Interest, N. Y., 1898, xxi, 687.

Gavello (G.) Polipi muccosi dell'antro mascellare sinistro. Atti d. Cong. d. Soc, ital. di laringol. [etc.], 1897, Firenze, 1899, iii, 345-347.

Geist-Jacobi (G. P.) Zahnheilkunde Einst und Jetzt. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1899, xvii, 413-420.

Goadby (K. W). Micro-organisms in dental caries. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1899, xlii, 721-732.

Goslee (H. J.) A method of making cusps and dies for crown and bridge work. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 671-678.

Graff. Ueber Luxation der Kiefers im Zusammenhang mit Zahnoperationen. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5755.

Gray (G. R.) A proper food standard in its relation to the teeth. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 582-585.

Grayston (W. C.) Ball-ended pluggers. Austral. J. Dent., Melbourne, 1899, ii, 339-342.

Green (L. O.) A plate vulcanized between metal. Dental Rev., Chicago 1899, xiii, 699-702.

Grünwald (L.) Zur Heilbarkeit der Kieferhöhlenentzündungen. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Berl., 1899, ix, 431-456.

Grüter. Ein Regulirunasfall. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnh., 1899, ix, 225-227.

Hajek (M.) Die Therapie des Kieferhöhlenempyems. Med. Rundschau, Berl., 1899, no. 60 ; 61 ; 62 ; 63 ; 64. — *Also* : Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5733 ; 5756 ; 5779 ; 5799 ; 5864.

Hales (W. G.) Preservation, not destruction ; or broach instead of forceps. Dental Digest, Chicago, 1899, v, 550-553.

Hallauer (O.) Ein Fall von Orbitalphlegmone, nach Zahnoperation. J. f. Zahnheilk., Berl., 1899, xiv, no. 27.

Harlan (A. W.) Poisons. Dental Rev,, Chicago, 1899, xiii, 602-609.

Haslam (W. F.) **and S. Mc-Donald**. Case of tubercular ulcer of tongue. Birmingh, M. Rev., 1899, xlvi, 166-268.

Henke (R.) Zur Morphologie der Epiglottis ; ihre Varietäten und Anomalien im Spiegelbilde. Monatschr. f. Ohrenh., Berl., 1899, xxxiii, 279 ; 336, 2 pl.

Heymann (R.) Ueber einen Fall von Hæmophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjektion. Zahnärztl. Wchnschr., Hamb., 1899, xiii, 81.

Hilbert (P.) Ueber das constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen. Ztschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh., Leipz., 1899, xxxi, 381-415.

Hirschbrush. Die Behandlung der Periostitis dentis durch Berieselung mit Antisepticis. Cor.-Bl. f. Zahnärzte Berl., 1899, xxviii, 225-229. — *Also* : Zahnarztl. Wchnschr., Hamb., 1899, xiii, 57.

Hodgkin (J. B.) A composite crown. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 689-691. — A modified Davis crown setting. *Ibid* : 691.

Iliffe (J.) Impacted teeth. Austral. J. Dent., Melbourne, 1899, ii, 324.

Jack (L.) Ueber den Zusammenhang thermischer Reizungen der Zähne mit deren Behandlung. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 240-248.

Jessen. Die Verwendung der schiefen Ebene in der Zahnheilkunde. *Ibid* : 210-224.

Jessen (E.) Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt. Zahnärztl. Wchnschr., Hamb., 1899, xiii, 75 ; 82.

Keen (W. W.) Myxo-sarcoma of the tonsil. Internat. Clin., Phila., 1899, 9. s., ii, 179.

Kermauner (F.) Zur Kenntniss des makroskopischen Baues der Parotis. Arch. f. klin. Chir., Berl., 1899, lix, 805-824.

NOUVELLES

L'Exposition universelle de 1900.

A l'heure où paraîtront ces lignes, l'Exposition sera officiellement ouverte. Est-ce à dire qu'elle est complètement prête ? non, certainement ; mais telle qu'une visite rapide nous permet de la juger, nous pouvons affirmer dès à présent qu'en éclipsant ses aînées, elle clôturera magnifiquement le XIXe siècle.

Nous nous proposons de donner ici, successivement, le compte rendu de tout ce qui intéresse notre profession ; bornons-nous pour aujourd'hui à constater que le Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris, voulant une fois de plus affirmer sa vitalité en contribuant dans la mesure de ses moyens à cette grandiose apothéose centennale, y est représentée partout où son champ d'action le lui permettait.

C'est ainsi que les nombreux confrères du monde entier qui seront réunis à Paris lors du Congrès Dentaire international pourront visiter les installations suivantes :

Ecole Dentaire de Paris : Enseignement.............	classe	3
— Exposition rétrospective de l'art dentaire.	—	16
Dispensaire de l'Ecole Dentaire : Assistance publique.	—	112
Société d'Odontologie de Paris : Enseignement.......	—	3
Association générale des dentistes de France : Syndicats.	—	109
L'Odontologie : Librairie, journaux..................	—	13

E. P.

Don de la maison Ash.

Le vendredi 6 avril, dans la nouvelle salle de démonstrations pratiques de dentisterie opératoire, en présence de MM. Godon, directeur, Ronnet, Barrié, Touchard, Papot, professeurs, Charpentier, Weber, démonstrateurs, Blatter, aide de clinique, le représentant de la maison Ash et Cie a remis à l'administration le superbe fauteuil offert gracieusement par cette maison à l'Ecole dentaire de Paris.

Ce fauteuil (le n° 39 du catalogue) se fait remarquer par sa construction bien comprise et la simplification de ses mouvements. Monté sur un large pied en plate-forme, il est de par son renversement complet, très pratique pour l'anesthésie générale.

Les assistants ont remarqué sa têtière à glissière qui embrasse bien la tête du patient.

M. le Directeur a exprimé au représentant de la maison Ash ses félicitations pour cet excellent fauteuil et tous les remerciements de l'administration pour ce généreux cadeau. E. P.

INAUGURATION DE L'HOPITAL INTERNATIONAL.

L'inauguration de la clinique générale de chirurgie du boulevard Arago a eu lieu le jeudi 5 avril, à deux heures, sous la présidence du docteur Druineau, inspecteur général de l'Assistance publique, délégué de M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil, ministre de l'Intérieur.

A ses côtés avaient pris place MM. Paul Strauss, sénateur; Dubois, député du XIVe arrondissement; Ranson, Pannelier, Henaffe, Lampué, Taillandier, Demay, conseillers municipaux; Moreau, le président du Conseil général, et le docteur Aubeau, fondateur de la clinique générale de chirurgie.

Le docteur Aubeau prend le premier la parole pour rappeler que son œuvre était toute philanthropique. Les indigents et les riches pourront y recevoir tous les soins désirables, seront ainsi soustraits à la promiscuité de l'hôpital, et ils trouveront toujours en lui et ses collaborateurs l'accueil le plus sympathique et le plus dévoué. Il termine en présentant ses collaborateurs, les docteurs Rémy, Astier, Larivée, Douce, Grenouilloux, Laudet, Biousse.

La clinique générale philanthropique, malgré sa fondation récente, a déjà donné des soins à plus de 20,000 malades.

M. Ranson prononce ensuite une petite allocution, puis le docteur Dubois fait l'éloge du docteur Aubeau et le félicite en même temps de ses nombreux efforts. Il juge nécessaire une distinction honorifique et espère que le président du Conseil s'y emploiera de son mieux.

Le docteur Larivée remercie le docteur Aubeau au nom de ses malades pauvres; enfin, le docteur Druineau, délégué du président du Conseil, fait l'éloge de l'installation de la clinique. Il dit que le ministre de l'Intérieur s'intéresse particulièrement à l'œuvre du docteur Aubeau, qui a si brillamment réussi.

Après les discours, le docteur Aubeau a conduit les invités dans les diverses salles de la clinique.

Tous nos lecteurs savent que le docteur Aubeau est membre honoraire de notre École. — Et nous nous souvenons que pendant de longues années il fut un de nos brillants professeurs. Nous nous associons donc de tout cœur au succès de son œuvre philanthropique et nous ne serons pas les derniers à nous réjouir de le voir justement récompensé de ses efforts. G. V.

INSTITUT DENTAIRE DE MUNICH.

L'inauguration solennelle de l'Institut dentaire de l'Université de Munich aura lieu le samedi 28 avril et le 14e anniversaire de la fondation de la Société des chirurgiens-dentistes bavarois sera célébré le lendemain dimanche.

EXPORTATION DE DENTS ARTIFICIELLES.

Du 1er juillet 1897 au 1er juillet 1898 les Etats-Unis ont exporté pour 65.242 dollars de dents artificielles, savoir: 21.000 dollars en France, 19.000 en Angleterre, 14.000 en Allemagne. Le chiffre le plus élevé a été atteint en 1896 (88.243 dollars).



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 117. — 1° *Le diplôme de dentiste d'une faculté étrangère dispense-t-il le candidat au diplôme de la Faculté de médecine de Paris, de faire ses études dans une école dentaire française?*

2° *D'après la réponse n° 108 de* L'Odontologie, « *tout patenté de 1892, peut se présenter avec sa patente aux examens de la Faculté, sans faire d'études dans une école dentaire* » : *il s'en suit donc que les non-patentés doivent y faire leurs études. Comment se fait-il qu'un ancien opérateur, non diplômé ni patenté, ait reçu le diplôme de la Faculté sans passer par l'école dentaire?*

3° *En admettant que je ne sois pas diplômé de la Faculté, pourrais-je m'intituler chirurgien-dentiste, étant en possession de la lettre* dont voici copie :

Le 31 décembre 1894.

Le Maire de la Ville de.....

à M..... dentiste à.....

En réponse à une requête que vous lui avez adressée, M. le Ministre de l'Intérieur vient d'informer M. le Préfet que, figurant comme dentiste au rôle des patentés du 1er janvier 1892, vous pouvez continuer à porter le titre de chirurgien-dentiste.

Je m'empresse de vous en donner avis.

Veuillez agréer, etc. C.

☞ *Réponse.* — I. Aux termes des articles 2 et 5 § 3 de la loi du 30 novembre 1892 et du décret du 25 juillet 1893 (art. 6), le ministre a la *faculté* d'accorder des dispenses, totales ou partielles, de scolarité (après avis du comité consultatif de l'enseignement public), à tout dentiste étranger pourvu d'un diplôme en son pays, mais qui, pour exercer en France, doit se munir du diplôme français de chirurgien-dentiste.

II. Les renseignements fournis sont trop incomplets, en ce qui concerne l'ancien opérateur, pour qu'il puisse être fait une réponse utile.

A notre sens, notre correspondant n'a pas dû, sur ce point, être exactement documenté.

III. Nul n'a le droit, sans diplôme, de prendre le titre de chirurgien-dentiste, sous peine d'usurpation de titre. La loi est formelle, et il n'appartient ni au ministre, ni au préfet, ni à un maire, de la modifier en un sens quelconque. L'autorisation par eux donnée est sans valeur légale. F. W.

? N° 118. — *Un dentiste patenté a-t-il le droit de prendre le titre de médecin-dentiste et de le faire inscrire en toutes lettres sur sa plaque? En cas de négative, quelles sont les formalités à remplir pour lui faire supprimer ce titre?*

A. A.

☞ *Réponse.* — Le dentiste patenté n'a le droit de prendre que le titre de dentiste et non celui de médecin (art. 32 de la loi du 30 novembre 1892).

Il ne saurait donc orner sa plaque d'un titre mensonger.

On peut porter plainte au Parquet, ou agir contre lui par voie directe, ou encore faire intervenir le Syndicat des dentistes, qui a pour principale mission la défense des intérêts professionnels. F. W.

? N° 119. — *Un chirurgien-dentiste, ayant un frère établi dans une autre ville, dans laquelle il avait formé autrefois une association pour exploiter un cabinet dentaire, a-t-il le droit, après la dissolution de la société et son propre établissement ailleurs, de faire toujours figurer sur les réclames le nom de celui-ci?*

UN ABONNÉ.

☞ *Réponse.* — Assurément, non, si le nom de l'ex-associé figure sur les réclames comme étant toujours en fait intéressé aux opérations du praticien qui exerce.

Au contraire, le praticien peut rappeler l'ancienne association, si, dans les conventions passées autrefois avec son frère, rien ne lui interdit, au point de vue professionnel, ce rappel du passé. F. W.

? N° 120. — 1° *Un dentiste, diplômé d'une école américaine, a-t-il le droit, en France, de prendre le titre de docteur, que lui a conféré cette école ?*

2° *Un chirurgien-dentiste, diplômé de l'Ecole de médecine de Paris, ne commet-il pas un délit d'usurpation de titre, en s'intitulant docteur chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris ?*

3° *Un dentiste patenté a-t-il le droit de prendre le titre de chirurgien-dentiste? Si non, auprès de qui faut-il faire des démarches, pour l'en empêcher ?*

☞ *Réponse.* — 1° Les dentistes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer en France que munis du diplôme français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste (Loi du 30 nov. 1892, art. 5), sous peine d'usurpation de titre (T. corr. Seine, 25 mai 1895 ; — Rennes, 23 juillet 1896).

Ils ne pourraient (art. 20, même loi) faire précéder ou suivre leur nom du titre de docteur en médecine, toujours sous peine d'usurpation de titre, sans en indiquer l'origine étrangère (T. corr. Seine, 18 nov. 1898 ; — C. Paris, 14 mars 1899 ; — Cass. 27 juillet 1899).

2° Il y a évidemment usurpation de titre, si, muni du seul diplôme de chirurgien-dentiste, on s'intitule en même temps docteur, comme si l'on était aussi pourvu du diplôme de docteur en médecine.

3° Un dentiste patenté n'a pas droit au titre de chirurgien-dentiste. C'est un titre usurpé, et l'on peut, soit porter plainte au Parquet du Tribunal, soit agir par voie directe, ou encore faire intervenir le *Syndicat des dentistes* : ce qui donnerait plus de poids aux poursuites. F. W.

? N° 121. — I. *Un dentiste patenté a-t-il le droit d'envoyer son opérateur non diplômé ni patenté régulièrement une fois par mois dans une localité à l'Hôtel pour le remplacer ?*

II. *Un chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine a-t-il le droit de prendre le titre de médecin-dentiste ?*

III. *Les chirurgiens-dentistes diplômés sont-ils admis à subir leur thèse de doctorat ?* *M.* O. 19.

? N° 122. — *Quel est le dentiste allemand qui a conseillé l'alcool propylique contre la carie et la douleur dentaires ?* A. *M.*

? N° 123. — 1° *Existe-t-il une table pour pratiquer l'anesthésie générale et l'extraction des dents suivant la méthode de Rose, c'est-à-dire la tête pendante ?*

2° *Si elle existe, quel en est l'inventeur? Quel en est le système? Quel en est le prix?* SAM.

? N° 124. — *Prière au confrère ayant répondu sous la signature L. P. à la question* 104 *dans le n° du* 15 *mars de vouloir bien nous donner son nom et son adresse.* E. P.

DERNIÈRE HEURE

ACADÉMIE DES SCIENCES

LA CARIE DENTAIRE

M. Duclaux communique un cas de reproduction expérimentale de la carie dentaire observé par M. Choquet.

Depuis longtemps, l'origine microbienne de la carie dentaire a été mise hors de doute par les travaux de Galippe, de Vergne, de Letulle, de Vignal, de Miller, etc., mais la reproduction expérimentale de cette affection n'avait jamais été tentée.

On sait que celle-ci est due à un court bacille mobile présentant comme des formes ramifiées sur bouillon de culture, se décolorant par la méthode de Gram et ne liquéfiant pas la gélatine.

C'est avec une culture pure sur gélatine que l'auteur a tâché de reproduire la carie expérimentale sur un mouton.

Pour cela il a pratiqué dans la portion labiale d'une incisive de mouton une cavité de 3 à 4 millimètres de large et d'environ 2 millimètres de profondeur qu'il a remplie de culture de bacille au moyen d'une petite cupule de platine préalablement flambée.

Le tout fut ensuite recouvert d'une obturation au ciment et protégé contre l'action de la salive par une goutte de cire.

Neuf mois après, l'animal étant sacrifié et l'obturateur enlevé.

Le fond de la cavité présentait une teinte jaunâtre due à la dentine ramollie par l'action du microbe inventé.

Un ensemencement de la partie cariée donna une culture pure du bacille qui avait servi à l'expérience. La démonstration était faite.

Cette communication a été faite également à la Société de Biologie et à la Société d'Odontologie de Paris (séance du 3 avril 1900).

20e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1900 VOL. XXIII



BULLETIN

Il vient de paraître en librairie une troisième édition de l'Aide-mémoire du Chirurgien-dentiste *de Paul Dubois, édition qui a été revue par le Docteur Paul Pernot et qui sera analysée ailleurs, à l'article bibliographique*[1]. *Le Docteur Cruet, rédacteur en chef de la* Revue de Stomatologie *consacre dans le dernier numéro de ce journal un long article bibliographique à cette troisième édition. Cet article nous intéresse particulièrement, d'abord, par le fait même de son existence, puisque la* Revue de Stomatologie *a voulu jusqu'ici systématiquement ignorer les éditions précédentes du livre, la seconde datant de 1889 pour le premier volume et de 1894 pour le second ; ensuite, par les attaques qu'il contient, tant à l'égard du livre lui-même qu'à l'égard des dentistes ne faisant pas partie du petit clan* stomatologiste.

Pourquoi l'organe de la Société de Stomatologie se décide-t-il aujourd'hui à faire part à ses lecteurs de l'existence du livre de Dubois? L'auteur de l'article nous l'apprend lui-même dès le début :

« C'est qu'un jeune confrère (un médecin) endosse la respon-

1. L'éditeur est peut-être lui aussi stomatologiste, car il a négligé de nous en faire la moindre communication N. D. L. R.

sabilité, fait siens en quelque sorte ces deux gros volumes, que nous avions pu négliger jusqu'ici, car ils n'étaient point œuvres de médecin, mais de praticien, et nous savons ce que cela veut dire. »

C'est, comme on le voit, toujours la même attitude et les mêmes amabilités à l'égard des dentistes dont la Revue de Stomatologie *paraît vouloir même ignorer le nom en ne les dénommant que sous celui de praticiens. Mais, à part quelques petites méchancetés décochées au Docteur Pernot, ce qui n'est pas étonnant, puisque ce jeune confrère indigne juge bon de prêter son nom à une œuvre de dentiste et que,* horresco referens, *il n'a pas craint d'aller suivre les cours de l'École Dentaire de Paris, et nous savons qu'il y a là plus qu'il n'en faut pour exciter les foudres de la* Revue de Stomatologie, *à part cela, dis-je, le Docteur Cruet déclare qu'il laisse complètement de côté la troisième édition de l'*Aide-Mémoire *et, abandonnant l'œuvre du docteur Pernot, se décide à parler uniquement de l'œuvre de Paul Dubois, qui reste intégralement dans cette troisième édition.* « C'est en réalité, *dit-il,* des livres de Paul Dubois dont il nous faut parler. » *Et, avec une vigueur, décuplée sans doute par les dix ans de silence qu'il a dû s'imposer à l'égard d'une œuvre de praticien, l'auteur exhale ses rancœurs contre ces ouvrages qui excitent d'autant plus sa colère qu'ils* « représentent synthétiquement, l'effort de toute une génération de dentistes purs qui sont aujourd'hui à la tête d'un enseignement presque officiel et d'écoles qui fonctionnent depuis bientôt quinze ans[1] ».

Depuis pas mal d'années déjà que je suis mêlé au mouvement dentaire en France, je commence à être bien revenu des polémiques; aussi, j'aurais volontiers pour ma part laissé sans réponse les amabilités que le rédacteur en chef de la Revue de Stomatologie *adresse aux écoles dentaires s'il n'attaquait pas également, et*

---

1. L'Ecole Dentaire de Paris existe depuis vingt ans, n'en déplaise à l'auteur.

d'une façon profondément injuste, l'œuvre scientifique d'un homme dont je m'honore d'avoir été l'ami et qui fut à bon droit un des plus remarquables représentants de l'art dentaire français. C'est pourquoi je me décide à entrer dans la lice pour montrer à quel degré d'aberration la malveillance peut pousser les hommes aveuglés par l'esprit de parti qui justifient les paroles de Virgile : quos vult perdere Jupiter dementat; *et, puisqu'il a plu à la* Revue de Stomatologie *de transformer une critique bibliographique en une critique d'Ecole,* Allons-y, *suivant une expression devenue tristement célèbre.*

Dès le début, nous pouvons faire une constatation intéressante. Vous déclarez, en effet, que l'œuvre de Dubois ne vous a pas intéressé et que votre Journal n'a pas voulu la connaître tant qu'elle a été l'œuvre unique d'un praticien non médecin, alors que ce praticien, *pour employer votre dédaigneuse expression est un des hommes, qui honorent le plus, et par leur savoir, et par leur caractère, cet art dentaire que vous pratiquez. Vous déclarez cela, et cependant, dans ce même numéro de journal où vous publiez les attaques que je relève, vous publiez un article d'un praticien* sans aucune qualification médicale. *Que signifie cette contradiction? Le titre de D. D. S., dont ce praticien français fait suivre son nom, trouve donc grâce devant votre ostracisme et vous acceptez donc de vous commettre avec des D. D. S. parce que leur diplôme dentaire est étranger, alors que vous n'avez que haine et répulsion pour les D. E. D. P. parce que leur diplôme dentaire est français ?*

Je laisse aux esprits impartiaux le soin de juger et j'examinerai sans plus tarder les critiques qui s'adressent particulièrement à l'Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste *de Paul Dubois,* deuxième édition, *puisque l'auteur de l'article déclare que c'est à celle-là que ses critiques s'adressent et non à la troisième édition revue par le Docteur Pernot.*

Passons sur l'éloge aigre-doux que l'auteur fait d'abord de cet ouvrage qui « renferme à peu près tout ce qui peut suffire à l'idée très superficielle qu'on se fait généralement du dentiste professionnel » *et abordons carrément la critique des* invraisemblances, *des* erreurs, *des* hérésies *même dont fourmille ce livre ; car l'auteur, après avoir dit tout d'abord que leur nombre était trop considérable pour en faire la simple énumération, se décide enfin à nous les signaler tout au long afin, nous dit-il, de ne pas être accusé de faire un procès de tendance et il nous permet ainsi de connaître ces énormités et leur nombre prodigieux. Nous les avons comptées bien exactement : il y en a cinq, pas une de moins, qui ont choqué la* Revue de Stomatologie.

L'auteur de l'article met tout d'abord hors de cause dans l'Aide-Mémoire, *le* Traité de chirurgie dentaire et buccale *au sujet duquel il s'exprime ainsi :*

« Chose singulière et qui semble tout d'abord paradoxale, dans ce livre d'un dentiste pur, c'est cette dernière partie qui laisse le moins à désirer. Sans être particulièrement remarquable, la pathologie buccale ou faciale peut être considérée comme suffisante. On aura l'explication de ce fait si l'on veut bien se rappeler que toute cette partie est l'œuvre de médecins instruits qui en sont les collaborateurs complaisants. »

Et il ajoute cette remarque, qui lui paraît topique :

« Il est toutefois piquant de constater que les dentistes, qui traitent de haut les stomatologistes, sont obligés d'avoir recours aux médecins dont ils plaquent les articles dans leurs livres littéralement bourrés de chapitres de médecine et de chirurgie, et cependant, à leur point de vue, que peuvent bien faire aux dentistes toutes ces maladies de la bouche, de la face, des maxillaires ? »

Voilà un reproche qui me paraît passablement maladroit, car enfin que reprochez-vous à Dubois en la circonstance ? Il voulait faire un livre complet, comprenant l'étude, non seulement des affections dentaires,

dont le traitement est du ressort du dentiste, mais encore des affections de voisinage que le dentiste n'a pas à traiter, mais qu'il peut être amené à observer et qu'il doit connaître pour les adresser au médecin ou au chirurgien, en coopérant, s'il y a lieu, au traitement. Ayant donc à traiter un sujet médical, que fait Dubois? Il passe la plume à un, à plusieurs médecins même (qui ne songent pas à rougir de cette collaboration) et qui rédigent les chapitres traitant de sujets médicaux ou chirurgicaux; qu'y a-t-il d'extraordinaire dans ce fait? Dubois montra en la circonstance qu'il avait plus d'esprit que beaucoup de stomatologistes qui, quand ils veulent écrire sur l'art dentaire, ne feraient pas mal de passer la plume à un dentiste.

Après avoir fait cette constatation au sujet du Traité de chirurgie dentaire et buccale, *l'auteur aborde la* Pathologie dentaire, *qui est l'œuvre même de Paul Dubois, et il y relève, je l'ai dit, cinq points qui, dit-il, prêtent à la critique dans ces volumes de 1.100 pages.*

Mais vraiment le choix n'est pas heureux et ressemble plutôt à ce que l'on pourrait appeler « la gaffe » *si l'on veut bien me passer cette expression triviale. En effet le Docteur Cruet dit:* « Les gingivites et les stomatites sont à peu près traitées de la même manière; on trouve des phrases comme celle-ci : « Galippe a essayé de démontrer ce que nous voulons vulgariser en ce moment, à savoir que toute stomatite est due à une infection microbienne » ou encore : « nous les considérons comme de véritables lymphangites gangréneuses de la bouche. »

*J'avoue ne pas voir les énormités contenues dans ces phrases, je suis peut-être obtus, cela est possible, mais en tout cas je suis curieux aussi et j'ai donc recherché dans le texte même les passages incriminés que j'ai effectivement trouvés page 440 et 441 du 2e volume de l'*Aide-Mémoire *au chapitre* Stomatites. *Je me suis reporté à la table des matières, où se trouvent indiqués comme de raison, les chapitres et leurs auteurs, puis-*

que ces chapitres ont été faits par différents collaborateurs, et j'ai trouvé à la dite table l'indication suivante : Stomatites. Docteur Isch-Wall., p. 439 à 469.

J'ai eu la curiosité d'en faire autant pour les névralgies faciales, *qui sont, d'après le Dr Cruet, totalement ignorées, soit dans leur pathogénie, soit dans leur traitement et j'ai trouvé à cette même table des matières l'indication suivante :* Névralgie du trijumeau, Docteur Thomas, p. 481 à 486.

Ainsi donc le critique de la Revue de Stomatologie *commet une erreur grossière en reprochant à Dubois des chapitres qui ne sont pas de lui et dont il avait eu le soin d'indiquer les auteurs responsables. Il est permis de s'étonner de la légèreté des assertions qu'apporte M. le Dr Cruet quand il fait de la critique bibliographique, et de se demander les résultats d'un pareil esprit critique porté dans les recherches d'ordre scientifique.*

On voit donc le cas qu'il faut faire des deux principales critiques de la Revue de Stomatologie. *Quant aux autres, on va en voir l'énormité. Dubois a dit en effet que :* « Dans les cas de constriction l'anesthésie peut être très dangereuse. » *Si ce n'est pas là une idée que je partage, y a-t-il bien là de quoi pousser les hauts cris ? L'auteur devrait bien plutôt féliciter Dubois de ce que, parlant à des dentistes, il les met en garde contre des dangers, même imaginaires, de l'anesthésie, plutôt que les y pousser d'une façon exagérée.*

*Il est permis de ne pas partager les vues pathogéniques de Dubois sur la pyorrhée alvéolaire, mais il n'est pas permis de dire que l'étude de cette affection est faite dans ses ouvrages d'une façon enfantine. Elle occupe, en effet, dans l'*Aide-Mémoire, *trente-sept pages de texte et toutes les hypothèses et les recherches concernant la pathogénie de cette affection y sont consciencieusement indiquées de même que les divers traitements proposés contre elle ; il est juste de dire que Dubois n'y couvre pas de fleur le traitement proposé par M. le Docteur*

Cruet, mais je ne pense pas que ce soit là la cause des critiques du rédacteur en chef de la Revue de Stomatologie, *car il n'en souffle pas mot.*

Il serait puéril de s'appesantir sur la dernière critique qui concerne les redressements, question qui serait mal connue et mal développée par Dubois et au sujet de laquelle on ne trouverait aucune considération physiologique expliquant les effets des appareils de redressement; je laisse le soin de juger l'exactitude de cette critique à ceux (et les éditions successives du livre prouvent qu'ils sont nombreux) qui ont lu le livre de Dubois; M. le Dr Cruet n'est certainement pas de ceux-là, sans quoi je lui indiquerais notamment la page 49 du deuxième volume où il trouverait les considérations physiologiques qu'il n'a pas vues. Mais, à quoi bon? Je pense en avoir suffisamment dit pour montrer que l'auteur de la Bibliographie de la Revue de Stomatologie *serait fort en peine de mettre en tête de son article comme Montaigne en tête de son livre :* Cecy est un livre de bonne foy.

Et cependant, ô puissance de la vérité qui force ses détracteurs eux-mêmes à la reconnaître, le Dr *Cruet, après ces critiques aussi malveillantes qu'injustes, est forcé lui-même de convenir du grand mérite de l'œuvre et de son auteur :* « Tel qu'il est, dit-il enfin, le mérite de Dubois n'est pas mince; dépourvu de science médicale et de préparation scientifique, il lui a fallu un travail acharné, une volonté infatigable et beaucoup d'intelligence pour conduire au bout deux volumes aussi compacts et qu'on ne peut dire inutiles. » *Quel plus bel éloge d'un homme et de son œuvre de la part d'un détracteur systématique!*

Et quoi de plus précieux à enregistrer que cet aveu dépouillé d'artifice que l'auteur laisse échapper immédiatement après : « Si ces qualités se rencontraient plus souvent chez les stomatologistes ceux-ci produiraient plus d'œuvres et des œuvres accomplies. »

Ainsi donc, vous reconnaissez qu'on ne rencontre pas

souvent chez les stomatologistes les qualités de travail, de volonté et d'intelligence nécessaires pour mener à bien une œuvre intéressante, vous n'êtes pas flatteurs pour vos confrères, et vraiment je me demande comment vous pouvez concilier cette opinion sévère, mais juste, avec le désir que vous avez de voir ces intelligences d'élite (*c'est ce que vous dites un peu plus loin) déverser leur science stomatologique dans des* intelligences aptes à la recevoir.

L'article de la Revue de Stomatologie *est en effet plein de contradiction : c'est ainsi que la constatation que l'auteur est forcé de faire de la valeur de l'homme et de l'œuvre qu'il analyse ranime sa colère contre toute la* « génération de dentistes purs qui sont aujourd'hui à la tête d'un enseignement presque officiel », *et il décoche à nouveau des traits enfiellés contre leur enseignement et leurs œuvres.*

On pourrait se demander la raison de ces accès de colère à l'occasion d'un livre qu'on a voulu ignorer près de dix ans ?

Mais, c'est qu'une nouvelle édition de ce livre est un indice du succès d'un enseignement que l'on avait frappé d'anathème et que l'on espérait voir encore disparaître il y a dix ans, tandis qu'aujourd'hui il s'affirme de plus en plus.

Il y a dix ans, les Stomatologistes *se croyaient encore assurés de la suprématie et espéraient accaparer un enseignement qui avait été le but de leurs convoitises. Mais les choses ont tourné autrement ; une loi nouvelle, qui pouvait être mortelle pour l'œuvre organisée par les dentistes, donne au contraire à celle-ci, grâce à son organisation puissante et aux résultats acquis, une consécration officielle, tout en lui laissant sa liberté. Aujourd'hui les* Stomatologistes *assistent impuissants à la désertion de leurs soldats qui sont bien obligés à leur tour de reconnaître la nécessité d'un enseignement technique indispensable à l'exercice de*

leur profession et que sont impuissantes à leur donner les œuvres et les leçons des maîtres stomatologistes.

Et c'est ainsi, messieurs les Stomatologistes, *que tous les jeunes médecins, qui veulent exercer l'art dentaire, et qui autrefois n'avaient foi qu'en la doctrine stomatologique sont forcés d'en reconnaître le néant et viennent maintenant, bravant votre anathème, puiser dans nos écoles cet enseignement spécial que vous nous déclarez incapables de donner. Quant à vous, vous restez seuls aujourd'hui, auprès de vos autels déserts, pontifes d'un culte sans fidèles, trop heureux encore d'accueillir dans vos bras ceux qui veulent bien vous revenir après leur apostasie !*

Voilà où vous a menés votre aveuglement systématique; vous avez nié l'évidence tant que vous avez pu vous faire illusion à vous-mêmes, mais aujourd'hui cela n'est plus possible et c'est le sentiment de votre impuissance qui vous arrache ces cris de rage d'autant plus grands que vous êtes seuls responsables de votre situation. Quel beau rôle en effet vous auriez pu jouer, il y a vingt ans, si, au lieu de dédaigner le mouvement professionnel, vous aviez voulu y prendre votre place et travailler au progrès commun! Mais non, vous vous seriez cru diminués, vous auriez cru déchoir en vous associant à des praticiens pour travailler au relèvement de votre profession.

Tandis que des hommes éminents, et que vous reconnaissez comme vos maîtres, les Paul Bert, les Trélat, les Verneuil, pour ne parler que des morts, prodiguaient leurs encouragements aux écoles dentaires naissantes, vous, vous leur prodiguiez sans compter vos injures et vos coups!

Vous, si fiers de vos connaissances médicales, vous avez méconnu ce grand principe biologique que vous n'auriez pas dû ignorer que la nature ne procède pas par révolution *mais par* évolution *et vous n'avez pas songé qu'en travaillant avec nous au relèvement de l'art den-*

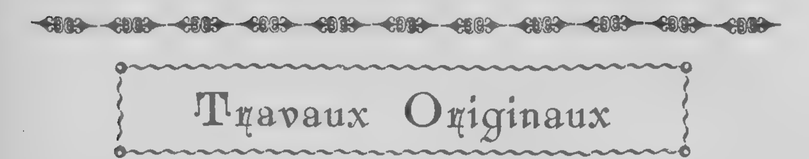
taire, cela aurait été un acheminement vers votre idéal, si celui-ci devenait un jour réalisable !

Et c'est ainsi que vous avez amené la situation qui vous navre, aujourd'hui que vos regards désolés ne peuvent se détacher du spectacle lamentable que vous offre la vue de vos temples déserts et de vos ennemis triomphants.

Je comprends ce qu'un tel spectacle peut avoir de pénible pour des âmes stomatologiques dont il explique suffisamment les cris de rage et je n'aurai pas la cruauté de m'appesantir davantage sur les causes de leur douleur.

Requiescant in pace.

Docteur MAURICE ROY,
Dentiste des Hôpitaux,
Examinateur à la Faculté de médecine.
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.



NOTE SUR LA REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE DE LA CARIE DENTAIRE[1]

Par M. J. Choquet,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Je demande à la Société d'Odontologie la permission de lui présenter une courte note concernant la : « Reproduction expérimentale de la carie dentaire ».

Quoique réservant ce travail pour le Congrès International du mois d'août prochain et de façon à éviter toute discussion ultérieure sur la possibilité de reproduire les ravages de la carie dentaire sur un *animal vivant*, j'ai présenté à l'Académie des sciences par la bienveillante entremise de M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, la note suivante que j'ai présentée moi-même à la Société de Biologie.

« L'origine microbienne de la carie dentaire a été mise hors de doute par les travaux de Vergne, Galippe et Vignal, Miller, Underwood et Mills, Goadby, mais sa reproduction expérimentale n'avait pas encore été obtenue. C'est dans le but de combler cette lacune que j'ai entrepris les expériences suivantes : de trois dents obturées depuis un temps variant de quatre à sept ans et dont l'obturation était restée intacte, j'ai réussi à isoler cinq espèces microbiennes que j'ai cultivées à l'état de pureté. Le n° 1, qui a été étudié tout spécialement au point de vue de la reproduction expérimentale de la carie dentaire, fera l'objet de cette Note. Les caractères des autres espèces seront décrits ultérieurement.

» C'est un court bacille mobile, présentant comme des formes rami-

---

1. M. Choquet, auteur de la communication à l'Académie des sciences et à la Société de biologie que nous avons annoncée en *Dernière heure* dans notre numéro du 15 avril, nous fait remarquer que la note publiée, empruntée au *Petit Temps*, est erronée.

Nos lecteurs trouveront ci-dessus le texte exact de cette communication.

N. D. L. R.

fiées sur bouillon, se décolorant par la méthode de Gram et ne liquéfiant pas la gélatine. Il croît très bien sur bouillon peptonisé soit à la température ordinaire, soit à 37°, mais il ne pousse que difficilement sur les milieux solides usuels et pas du tout sur gélose, pomme de terre et sérum ; sur gélatine-peptone il ne donne des colonies que le cinquième ou sixième jour : celles-ci sont ovales, opaques et blanchâtres. En piqûre, trace granuleuse s'entourant d'une zone nébuleuse au bout de huit à dix jours.

» La culture est singulièrement favorisée par addition à la gélatine de 1 pour 100 de glycérophosphate de chaux.

» C'est un anaérobie facultatif avec tendance à se développer plus rapidement dans le vide. Il fait fermenter la glycérine, la mannite, le glucose, le galactose, le saccharose, le lactose, le maltose, la dextrine et l'inuline. Il est sans action sur la dulcite, l'érythrite, l'arabinose et les nitrates. Il ne peptonifie pas l'albumine, ne coagule pas le lait, ne liquéfie pas l'empois d'amidon et ne donne pas d'indol avec la peptone.

» C'est avec une culture pure sur gélatine que je tentai de reproduire la carie expérimentale sur un animal vivant. Dans ce but, je pratiquai dans la portion labiale d'une incisive de mouton une cavité de 3mm. à 4mm. de large et d'environ 2mm. de profondeur, sans atteindre la chambre pulpaire. Une petite cupule de platine, préalablement flambée, chargée de culture, fut introduite dans la cavité de manière à mettre cette dernière en contact avec la dentine. Le tout fut recouvert d'une obturation au ciment protégée contre l'action de la salive par une goutte de cire.

» Neuf mois après, l'animal fut sacrifié et l'obturation enlevée. Le fond de la cavité présentait une teinte jaunâtre due à la dentine ramollie par l'action du microbe inoculé. D'ailleurs un ensemencement de la partie cariée me donna une culture pure du bacille n° 1 qui avait servi à l'expérience. La démonstration était faite. J'ajoute en terminant que j'ai trouvé le même organisme dans les trois cas que j'ai étudiés. »

(2 avril 1900, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences.*)

De façon qu'il n'y ait pas matière à discussion, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen le maxillaire et tout particulièrement la dent ayant servi à l'inoculation.

Comme vous pouvez le voir, le fond de la cavité creusée artificiellement est légèrement ramolli. De plus, la couleur blanche de la dentine normale a disparu pour faire place à une couleur jaune grisâtre en tout semblable à celle que

l'on rencontre dans les caries que nous sommes appelés à soigner dans la clientèle. J'ajoute que cette dentine ramollie ayant été prélévée et ensemencée dans les divers milieux nutritifs usités pour ces recherches a permis de retrouver la même espèce ayant servi à l'ensemencement.

Lors du Congrès je ne pourrai montrer que la coupe de la dent et l'infiltration des canalicules par l'espèce microbienne ayant servi à l'ensemencement. Je vous demande donc de vouloir bien examiner cette pièce aussi attentivement que vous pourrez.

Comme conclusions de cette présentation, je dirai :

1° Que la reproduction expérimentale de la carie dentaire sur un *animal vivant* est chose aujourd'hui démontrée. J'insiste sur ces mots *animal vivant*, car les auteurs ayant cherché à reproduire les désordres et les altérations inhérentes à cette affection se sont bornés à faire agir leurs espèces microbiennes sur des coupes de dents MORTES, décalcifiées ou non. Tel est le cas d'Underwood et Mills, Miller, Goadby ;

2° C'est la première fois que ce résultat a été obtenu, non seulement en France, mais à l'étranger ;

3° C'est la première fois qu'a été faite l'étude de micro-organismes à action très lente continuant leur progression sous *des obturations bien faites et dans des cavités nettoyées et préparées avec tout le soin désirable.*

Je suis heureux de pouvoir offrir à l'Ecole à laquelle je m'honore d'appartenir les premiers résultats de recherches ayant commencé en 1893 et je terminerai cette note en annonçant à la Société d'Odontologie que les cinq espèces qui seront présentées au Congrès prochain sont des espèces absolument nouvelles, n'ayant jamais été étudiées ni signalées et possédant des particularités biologiques, morphologiques et des réactions chimiques particulières dont il sera donné connaissance lors de la publication des comptes rendus.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿ *président.*
Dr Roy, *vice-président.*
Choquet, *vice-président.*

MM. **de Marion** ✿ *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Gross, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**, I ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✻, ✿ **et Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✿, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*

MM. **De Marion**, ✿, *secrétaire général.*
Billet, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✻, ✿, **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, **Godon** ✻, ✿, **Lemerle**, ✿, **Dr Maire**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, ✿, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✿, **Stévenin**.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, ✻ (Lyon), **Schwartz** (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

CONSOLIDATION TARDIVE D'UNE TRANSPLANTATION HÉTÉROPLASTIQUE, AVEC COMMENTAIRES ET APERÇUS NOUVEAUX SUR LES DENTS TRANSPLANTÉES

Par M. Barrié,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il est d'usage de pratiquer la greffe par restitution (réimplantation) quand tout traitement conservateur sur place a échoué ; mais la racine avec ou sans couronne peut se présenter dans des conditions telles que la réimplantation n'offre aucune chance de succès, de sorte que la greffe d'emprunt (transplantation) se trouve tout indiquée : tel est le cas que nous allons relater ci-après.

Mlle X., 22 ans, tempérament lymphatique, vint à la clinique de la part d'un de nos confrères dans le courant d'avril 1898, avec une racine de canine supérieure gauche ayant occasionné fluxion et abcès alvéolaire. Après l'essai infructueux d'un traitement rationnel pour la fixation ultérieure d'une dent à pivot, nous nous décidâmes à en faire l'extraction.

Elle fut laborieuse : la racine nécrosée et très excavée s'effritait à chaque pression, quoique légère, des mors du davier ; il était évident que nous ne pouvions, dans ce cas, la réimplanter avec une couronne artificielle.

Une canine que nous avions à notre disposition, dont l'origine et l'époque de l'extraction nous étaient complètement inconnues nous servit de transplant ; nous ne nous occupâmes ni de la teinte ni des dimensions de la racine pour les motifs que nous indiquerons dans nos conclusions.

Voici comment nous procédâmes :

1° Désinfection de la dent et décalcification de la racine. Tout d'abord, une digression sur l'origine déjà ancienne de la décalcification des transplants os et par analogie des dents ; la technique employée dans le service de Le Dentu se trouve résumée dans la thèse de Buscarlet passée à Paris en 1891. Il s'agit de combler les pertes de substance osseuse ;

2° Décalcification et désinfection de l'os. On se sert d'os à couche compacte, fémur et tibia de bœuf, qui sont pris aussi frais qu'il est possible, en ayant soin d'enlever les parties molles, et on leur donne différentes dimensions. On les place dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 o/o qu'on renouvelle tous les jours pendant une semaine. Ceux qui sont destinés à remplacer des os entiers seront moins décalcifiés que les autres, afin qu'ils conservent une certaine résistance. Puis on enlève l'excès d'acide par un lavage dans l'eau courante, on les plonge dans une solution de sublimé à 1 ou 2 o/oo pendant quarante-huit heures et on les conserve dans une solution d'éther iodoformé.

Avant de s'en servir, on les essuie avec de la gaze aseptique, on enlève l'excès d'éther et d'iodoforme en les plongeant quelque temps dans l'alcool. On les frotte alors dans la gaze, car l'alcool provoquerait leur gonflement par l'imbibition des liquides organiques. Une fois les os préparés, ils sont conservés indéfiniment, pourvu qu'ils baignent dans le liquide antiseptique.

De ce long exposé nous retenons deux faits : parfaite désinfection du transplant, et la décalcification à l'aide de l'acide chlorhydrique ; nous retrouvons plus tard à peu près la même technique dite procédé Amoedo pour l'implantation des dents (*Manuel du chirurgien-dentiste*, par Godon, page 278).

Nous revenons à notre sujet. Après avoir préparé la couronne à la partie postérieure, nous aseptisons le canal et la chambre pulpaire par des irrigations d'eau phéniquée, mèches créosotées, air chaud et obturation au ciment, sauf pour l'apex et l'ouverture corono-postérieure, que nous obturons à l'étain.

La couronne et les parties obturées sont recouvertes de cire et la dent est plongée dans une solution d'acide chloryhdrique à 30 o/o pendant un quart d'heure. Lavage à grande eau, puis nous la plongeons, après l'enlèvement de la cire, dans un liquide antiseptique. Injection alvéolaire au sublimé 1 o/oo, mise de la dent en place sans aucune difficulté, rétention de la dent au moyen de ligatures de soie aux dents voisines.

Nous recommandons à la patiente de faire quelques bains de bouche à l'eau boriquée tiède et au chlorate de potasse, puis de venir nous voir tous les deux jours.

La première nuit, il y a un peu d'agitation et de la douleur ; la seconde nuit est meilleure. De temps à autre, nous faisons quelques badigeonnages de teinture d'iode et de teinture d'aconit, et quelques pointes de feu au thermocautère.

Huitième jour, la dent tient moins que le premier jour.

Quinzième jour, la dent ne tient pas davantage, grande mobilité.

Trentième jour, mobilité de la dent ; nous commençons à désespérer de la réussite, la patiente veut quand même conserver sa dent, elle doit partir pour la campagne pour trois mois ; nous lui posons un petit appareil de maintien en vulcanite.

Nous revîmes au bout de deux mois notre intéressante patiente et à notre grande satisfaction, la dent s'était complètement consolidée ; comme couleur elle s'harmonisait parfaitement avec les autres. Elle nous dit qu'il y avait à peu près un mois que cette consolidation s'était produite peu à peu ; donc la dent ne s'est réellement consolidée qu'entre le deuxième et troisième mois après l'opération.

Conclusions.

1° Nous estimons que la méthode de désinfection et de décalcification des os, décrite dans la thèse de Buscarlet — 1891 — peut s'appliquer à la transplantation des dents ;

2° Contrairement à l'opinion de Magitot, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire que la dent à transplanter ait des dimensions moindres que celle qu'il s'agit de remplacer ; la dilatation de l'alvéole permet d'introduire la racine quelque soient sa forme et sa dimension ; nous parlons d'une dent normale, bien entendu ;

3° La coloration ne signifie rien, attendu que la dent transplantée prend la teinte à peu près du milieu buccal et ne tarde pas à s'harmoniser avec les autres dents ;

4° Il ne faut pas perdre patience trop vite, la dent mettant quelquefois un certain temps à se consolider ;

5° Les appareils fixes paraissent mieux aider à la consolidation que la digue ou autres procédés similaires, de même que le fil de soie en 8 de chiffre ; toutefois le fil de soie sera peut-être l'appareil de maintien de l'avenir, si nous réussissons à nous en servir aussi adroitement que le fait le docteur Younger pour ses redressements.





NOUVEAU PROCÉDÉ D'INJECTIONS HYPODERMIQUES

Par M. le Dr EDOUARD FRITEAU,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 3 avril 1900.)

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie et qui me paraît destiné à remplacer la seringue de Pravaz et ses multiples modifications, se compose essentiellement de trois parties :

1° D'une *aiguille* en platine iridié ou en acier, droite ou courbe ;

2° D'un *tube hypodermique,* contenant la solution à injecter ;

3° D'une *soufflerie* à deux poires.

I. DESCRIPTION DE L'APPAREIL. — Chaque partie constituante de l'appareil a quelques particularités dignes d'être mises en évidence :

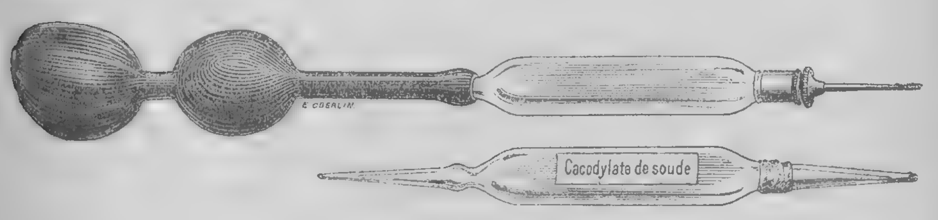


Fig. 14.

1° L'*aiguille.* — Elle a le canon plus large que celui des aiguilles hypodermiques ordinaires. La cavité de ce canon est légèrement conique ; elle est destinée à recevoir l'extrémité inférieure du *tube hypodermique.* Cette aiguille, droite ou courbe, est enfermée dans une petite

éprouvette de verre, étirée en son milieu : l'aiguille a ainsi une véritable gaîne-support, et, dans aucun cas, sa pointe ne pourra s'émousser. Ce petit détail a bien son importance, car qui de nous n'a pas tempêté mille fois contre le mauvais état de la pointe de son aiguille ? La paroi de l'éprouvette est assez épaisse pour que son embouchure puisse être fortement fermée par un bouchon de liège ou de caoutchouc, au cas où l'on voudrait conserver l'aiguille stérilisée dans de l'alcool absolu, du chloroforme, du naphtol camphré, etc. ;

2° Le *tube hypodermique*. — En verre coloré ou non, il est de forme cylindrique. Il diffère des tubes ou ampoules ordinairement employés pour la conservation des solutions hypodermiques par la conformation de ses deux extrémités :

L'une de ses extrémités, *l'inférieure*, est cylindro-conique ; elle est garnie d'une bague d'amiante solidement scellée au verre par un procédé spécial. C'est cette extrémité qui doit pénétrer dans le canon de notre aiguille.

L'autre extrémité, la *supérieure*, présente, entre deux parties rétrécies, un renflement sphérique, au delà duquel doit s'enfoncer le tube de caoutchouc de notre soufflerie.

Chacune de ces extrémités est renforcée au moment de son étirement, de façon à diminuer les chances de bris ou d'écrasement, qui sont un des principaux inconvénients des tubes effilés, tels qu'on nous les présente d'ordinaire.

Le *tube hypodermique* est rempli de la solution à injecter et soudé au chalumeau à ses deux extrémités : la soudure de l'extrémité supérieure est faite un peu au-dessus du renflement sphérique ; la soudure de l'extrémité inférieure est faite un peu au-dessous de la bague d'amiante.

La fermeture achevée, on marque d'un léger trait de lime chaque extrémité pour en faciliter la rupture par les doigts au moment du besoin.

J'ajoute que, une fois fermés, nos *tubes hypodermiques* sont stérilisés à l'autoclave : leur contenu se conservera indéfiniment aseptique. Ce contenu varie à l'infini : c'est une solution aqueuse ou une solution huileuse ; le

médicament actif est la cocaïne, la caféïne, l'eucaïne, la tropacocaïne, la morphine, etc. ; le titre de la solution varie suivant le médicament ou l'ordonnance du praticien. — La contenance est d'un ou de deux centimètres cubes : pour la cocaïne, qui est le médicament que nous employons le plus, j'ai fait préparer des ampoules d'un et de deux centimètres cubes, contenant des solutions de chlorhydrate de cocaïne à 1 o/o et à 2 o/o ;

3° La *soufflerie*. — Elle comprend deux poires de petit volume ; la poire-réservoir se continue par un tube de caoutchouc, long de quelques centimètres, qui s'adapte sur l'extrémité supérieure du *tube hypodermique*.

La soufflerie vous paraîtra de petit volume : elle donne cependant une pression suffisante pour faire pénétrer, dans la muqueuse gingivale, une solution aqueuse de cocaïne. Je pense que, pour les solutions huileuses, il faudra une soufflerie plus forte.

Il est bien entendu que cet appareil nouveau pour injections hypodermiques ne s'applique pas seulement aux injections intra-gingivales ; il n'est pas limité à la pratique dentaire : il trouve chaque jour son application en thérapeutique générale, et, depuis quelques semaines, les médecins qui l'emploient pour les injections de morphine, de caféïne, etc., ne veulent plus entendre parler des seringues de Pravaz et de leurs dérivées.

II. MANUEL OPÉRATOIRE. — 1° Briser l'extrémité inférieure du *tube hypodermique* au niveau du trait de lime ;

2° Flamber cette extrémité et sa bague d'amiante à la flamme d'un brûleur à gaz ou d'une lampe à alcool ;

3° Adapter l'aiguille, préalablement stérilisée, à l'extrémité amiantée du *tube hypodermique*. Cette adaptation doit être faite avec soin ; nous y reviendrons tout à l'heure ;

4° Briser l'extrémité supérieure du *tube hypodermique* au niveau du trait de lime, c'est-à-dire au-dessus du renflement sphérique ;

5° Adapter le tuyau de la soufflerie à l'extrémité supé-

rieure du *tube hypodermique*, en ayant soin qu'il dépasse le renflement sphérique.

Notre appareil injecteur est ainsi complètement armé pour l'injection : ses trois parties constituantes forment un tout unique, aussi facile à manier qu'une seringue de Pravaz ;

6° Introduire, selon les règles ordinaires, l'aiguille dans la muqueuse gingivale (ou sous la peau).

Cette introduction doit être faite de façon à ce que l'extrémité supérieure du *tube hypodermique* soit constamment tournée en haut. Aussi, pour les *gencives supérieures*, doit-on faire usage d'une *aiguille courbe*, et pour les *gencives inférieures*, d'une *aiguille droite*. Cette règle est absolue : si on ne l'applique pas, on court à un échec certain : l'air, introduit par la soufflerie, barbottera dans le tube, mais n'en expulsera pas le liquide par compression ;

7° Faire agir la soufflerie de la main droite, tandis que la main gauche soutiendra le *tube hypodermique* dans sa position sensiblement verticale et empêchera les oscillations des mouvements de la soufflerie d'être transmises à l'aiguille. Au bout de quelques coups de poire, la pression sera suffisante et l'air comprimé par la soufflerie chassera devant lui le liquide à injecter. La pénétration du liquide se fait lentement et la douleur est réduite au minimum.

Si l'on doit faire avec le même *tube hypodermique* une injection sur l'autre face de la gencive, il suffit d'interrompre, par pincement du tuyau de caoutchouc, la communication entre le tube hypodermique et la poire-réservoir. Le liquide cesse vite de traverser l'aiguille, et l'on fait une autre piqûre sur l'autre face de la gencive.

Je préfère employer, pour les extractions dentaires, deux tubes hypodermiques d'un centimètre cube chacun ; j'injecte le contenu du premier sur la face externe de la gencive, et le contenu du second sur sa face interne. J'évite ainsi l'écoulement possible, et toujours désagréable, de quelques gouttes de solution de cocaïne dans la cavité buccale.

Avant de terminer ce rapide exposé de technique opéra-

toire, qui comprend en outre, dans mon esprit, l'antisepsie préalable de la cavité buccale de l'opéré, je veux insister sur la nécessité de l'adaptation parfaite de l'aiguille et du *tube hypodermique :* c'est d'elle que dépend tout le succès de l'opération. J'ai l'habitude de faire exécuter, tout en appuyant fortement, à mon *tube hypodermique,* un mouvement de vis que je continue jusqu'au moment où j'ai la sensation nette qu'il est solidement coiffé par le canon de mon aiguille. J'obtiens, à l'aide de ce mouvement de vis, une adaptation parfaite : *tube hypodermique* et aiguille constituent alors un appareil rigide que je manœuvre avec sécurité ; lors de l'injection, j'ai une étanchéité absolue au niveau de l'ajutage. Il ne m'arrive pas de voir l'aiguille quitter le tube et j'évite ainsi un gros ennui de l'hypodermie, ennui que les constructeurs de seringues connaissent bien, puisque certains d'entre eux fabriquent des aiguilles dont le canon est à vis ou à baïonnette. C'est là un avantage en faveur de notre procédé : il mérite bien aussi d'être signalé.

III. AVANTAGES DU PROCÉDÉ. — L'avantage qui, à mes yeux, domine tous les autres, c'est la possibilité de pratiquer une injection hypodermique avec une *asepsie absolue.* Les *tubes hypodermiques* sont stérilisés à 115° dans un autoclave : je ne puis injecter aucun produit septique, puisque la solution stérilisée passe DIRECTEMENT, grâce à l'air comprimé, du *tube hypodermique* dans la muqueuse, à travers une aiguille stérilisée. J'évite ainsi tous les accidents inflammatoires consécutifs à l'hypodermie.

La conservation des solutions hypodermiques dans des ampoules scellées n'est pas une innovation de notre part ; elle avait déjà diminué les chances d'infection ; mais combien de fois n'avons-nous pas nous-mêmes ensemencé les solutions hypodermiques ainsi conservées au moment de pratiquer une injection ? Il faut transvaser la solution dans un récipient pour l'y puiser avec la seringue, ou la puiser directement dans l'ampoule (ce dernier procédé étant des plus incommodes). L'une quelconque de ces manœuvres

expose à l'ensemencement par l'air, le récipient ou l'embouchure de la seringue.

Notre procédé supprime ces diverses pratiques : les partisans les plus acharnés de l'asepsie peuvent pratiquer, sans crainte d'infection, la médication hypodermique.

J'accorde même qu'en faisant usage des seringues, le transvasement de l'ampoule dans la seringue puisse être fait aseptiquement. Mais est-ce que les seringues, à part celle de Luër, sont pratiquement stérilisables ? Je ne le crois pas, et mon principal argument est dans le nombre des seringues successivement construites depuis celle de Pravaz.

Le temps des pistons en cuir, que l'ébullition ou l'éther anéantissait, est complètement achevé. Les pistons en amiante, en moelle de sureau, en caoutchouc, etc., résistent un peu plus que les pistons en cuir : au bout de quelques séances d'ébullition, ils sont altérés et donnent une mauvaise étanchéité.

L'armature métallique de la seringue et ses rondelles d'ajustement sont impossibles à stériliser : les angles rentrants de l'armature sont contraires à la pratique de la plus élémentaire asepsie ; les rondelles d'ajustement en cuir, en amiante, en caoutchouc sont détruites par une ébullition prolongée, et il suffit d'avoir démonté une fois une seringue pour avoir constaté, dans le fond de chaque armature, des résidus bizarres au milieu desquels les microbes doivent trouver un excellent terrain de culture.

Quant au corps de pompe, il est en verre et sa stérilisation est possible ; mais il est fragile et l'ébullition lui est parfois funeste. Je lui ferai un autre reproche : il reste souillé par le contact des solutions antérieures, et quand, par exemple, il a servi à une injection huileuse de cocaïne, il reste gras, et il faut toute une série de manœuvres pour le dépouiller de sa couche d'huile. Le verre reprend difficilement sa transparence et il garde un mauvais aspect.

Je ne veux pas vous ennuyer par l'énumération des justes reproches adressés, au point de vue aseptique seul, à toutes les seringues hypodermiques ; vous les connaissez tous.

Nous leur en faisons tous un autre qui a quelque intérêt : leur entretien et leurs réparations (corps de pompe, pistons, rondelles, etc.) grèvent chaque année notre budget.

Une seule seringue est vraiment aseptique, celle de Luër ; je lui trouve toute une série d'inconvénients : son prix, déjà très élevé, est encore accru par son extrême fragilité ; elle ne supprime pas la manœuvre du transvasement et ses chances d'ensemencement ; elle reste souillée par les injections précédentes, et, si elle a servi à une solution huileuse, elle court, durant le nettoyage, les plus grands risques de fracture.

Dans notre procédé, rien de semblable ; pas de transvasement ; pas de contact de la solution stérilisée avec l'air extérieur ; pas de corps de pompe fragile et de nettoyage imparfait ; pas de pistons que l'ébullition détériore ; pas d'ajutages toujours souillés ; pas de rondelles d'éphémère durée ; par l'air comprimé, une solution stérilisée à 115° passe DIRECTEMENT d'un *tube hypodermique* sous la peau ou dans la muqueuse.

Il est une objection que je prévois et à laquelle je vais répondre d'avance : « L'air de votre soufflerie, me dira-t-on, n'est pas stérile : il vient au contact du liquide et peut l'ensemencer. » Cela est vrai ; mais il est simple d'interposer un tube de verre, contenant de l'ouate stérilisée, entre la soufflerie et le tube hypodermique ; l'ouate filtrera l'air et la sécurité sera absolue. Je donne cette adjonction aux partisans de l'asepsie idéale ; je la crois inutile et je ne pense pas qu'en la matière il faille plus s'occuper de la stérilisation de l'air, agent de compression, qu'on ne s'occupe, en chirurgie générale, de la stérilisation de l'air, milieu environnant.

Les manipulations que j'ai décrites dans la technique opératoire ne sont ni plus compliquées ni plus difficiles que celles exigées pour les injections par seringue. Après de courts essais, tout opérateur maniera aussi facilement les *tubes hypodermiques* tout armés que les seringues de Pravaz : l'habileté sera vite acquise par l'exercice.

Puisque j'ai soulevé tout à l'heure la question budgétaire, et que j'en ai fait un argument contre l'ancienne méthode, il faut que je justifie ma prétention d'économie. L'aiguille n'est pas d'un prix sensiblement plus élevé que celle des seringues ; les *tubes hypodermiques* ne coûtent pas plus cher que les ampoules hypodermiques que nous employons depuis quelques années ; la soufflerie, qui remplace à elle seule la seringue, coûte deux francs, elle ne nous donnera pas de surprises pour son entretien et sa réparation, comme en donnent les seringues, dont le prix d'achat est quatre à cinq fois plus élevé.

Toutes ces considérations m'ont guidé lorsque j'ai pris l'initiative de vous présenter ce procédé. Je pense que mes amis, MM. Chevretin et Lematte, inventeurs brevetés de cette méthode, ont rendu service à la pratique de l'hypodermie en général, et de l'hypodermie dentaire en particulier, en nous donnant le moyen de faire, sans seringue, des injections médicamenteuses sous-cutanées et sous-muqueuses.





SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 avril 1900.

Présidence de M. Richard-Chauvin, Président.

La séance est ouverte à neuf heures.

I. — Procès-Verbal.

M. Richard-Chauvin. — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y présenter ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

II. — Correspondance.

M. de Marion, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. le Dr Friteau annonçant une communication ; d'une lettre de M. Heidé, relative à une communication et parvenue après l'impression de l'ordre du jour ; d'une lettre de M. Choquet relative aussi à une communication et qui, comme la précédente, est arrivée après l'impression de l'ordre du jour ; d'une lettre de M. Siffre qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et qui demande la remise de sa communication au mois de mai.

M. Choquet désire savoir la date jusqu'à laquelle les demandes d'inscription à l'ordre du jour pour une communication peuvent être reçues.

M. de Marion répond que, d'après les indications de son prédécesseur, il compte huit jours pour la préparation de l'ordre du jour et l'impression des convocations, qui doivent être lancées huit jours avant la séance, soit quinze jours ; par conséquent, les communications dont il n'est pas avisé quinze jours avant la réunion courent le risque de ne pas être portées à l'ordre du jour.

III. — Des résultats éloignés du traitement des caries des 3e et 4e degrés par le formol géranié, par MM. André et de Marion.

M. de Marion donne lecture d'une communication sur ce sujet [1].

---

1. Voir *L'Odontologie*, du 15 avril 1900.

Discussion.

M. Godon. — La communication de M. de Marion est très intéressante et je l'ai écoutée très attentivement. Puisque M. de Marion est le parrain du formol géranié, nous devons tenir compte de son avis. Pour ma part, j'ai employé cet agent et il m'a donné de bons résultats ; toutefois, il ne m'a pas semblé très supérieur aux autres, quant au nombre des pansements. J'ai suivi avec intérêt la lecture de M. de Marion pour voir s'il nous indiquait quelque chose de nouveau à ce sujet; mais je n'ai rien entendu qui puisse m'éclairer sur ce point. Quel est le nombre moyen des pansements que fait M. de Marion?

M. de Marion. — Trois ou quatre.

M. Godon. — L'odeur du formol géranié plaît à quelques patients et déplaît à d'autres; Quant à la valeur antiseptique, elle est excellente. Je l'emploie donc de temps en temps, mais comme je n'ai pas trouvé une diminution sensible dans le nombre des pansements, que je ne suis pas convaincu de son efficacité quant à la réduction de ce nombre, je n'en fais pas un usage exclusif.

M. Martinier. — Je crois cette discussion nécessaire, car elle montre qu'il y a deux opinions et, pour ma part, je ne partage pas celle de M. Godon; j'estime que cet antiseptique est supérieur aux autres, et que la désodoration est parfaite après quelques pansements. Toutefois, il présente quelques inconvénients au début : c'est ainsi, que mes patients se plaignaient souvent de douleurs après le premier pansement. J'en parlai à M. de Marion, qui me recommanda de ne pas obturer le premier pansement à la gutta. Je me suis donc contenté de pansements ordinaires, et dès le second, je pouvais employer la gutta. Quant à la désodoration, elle est telle que, si l'on ouvre une dent ainsi traitée, on remarque très longtemps après l'odeur du pansement.

M. Godon. — Il en est de même avec nos mélanges iodoformés.

M. Martinier. — J'ai obtenu une antisepsie plus parfaite avec le formol géranié.

M. Choquet. — J'ai employé aussi le formol géranié et il m'a donné de bons résultats ; mais j'ai remarqué au début les inconvénients signalés par M. Martinier. J'ai voulu l'employer aussi dans le 3e degré sur des pulpes insuffisamment dévitalisées, mais le malade éprouvait alors de vives douleurs. On l'emploie beaucoup en histologie, et je crois que ses propriétés antiputrides ont été surfaites.

M. Richard-Chauvin. — Dans sa communication M. de Marion parle du traitement des caries du 3e degré ; je ne vois pas l'utilité d'employer le formol dans ce cas. Il a donné pour titre à sa commu-

nication *Résultats éloignés*, et il ne nous parle que de deux ans d'expérience ; ce n'est pas suffisant, il faut un temps beaucoup plus long. J'ai relevé une chose qui me paraît juste : il distingue entre la désodoration et l'antisepsie ; quand la première est opérée, la seconde commence dit-il ; ces deux points ne paraissent pas assez distincts dans sa communication. Pour éviter les accidents qu'on redoute à la suite du traitement des caries du 4e degré, il faut déterger soigneusement les canaux avant de passer des mèches antiseptiques. J'avoue avoir obtenu d'aussi bons résultats en pratiquant ce nettoyage avec du chloroforme.

M. Godon. — Je conclurai comme tout à l'heure. J'ai dit que j'emploie ce médicament, mais qu'il ne m'a pas donné de résultats tels que j'aie dû le préférer à tous les autres. J'aurais voulu voir M. de Marion nous indiquer un nombre de pansements notablement inférieur. L'exemple des mèches retrouvées sous des obturations définitives et ne présentant pas d'altération est aussi fourni par nos mélanges iodoformés.

M. Martinier. — L'antisepsie est plus grande avec le formol. En prenant une dent franchement cariée au 4e degré, j'obtiendrai avec ce médicament d'excellents résultats en deux ou trois séances. La pénétration de la masse des tissus dentaires est plus grande avec cet agent qu'avec les autres.

M. Levett. — Avez-vous jamais employé l'eau oxygénée ?

M. de Marion. — Non.

M. Hirschfeld. — Le formol est-il identique au formyl-géranium ?

M. de Marion. — Le formyl-géranium est une solution alcoolique de formol à 40 o/o auquel on ajoute 20 o/o d'essence de géranium.

M. Hirschfeld. — Le formol peut-il rendre les mêmes services ?

M. de Marion. — Je vais répondre à toutes les objections qui viennent de m'être faites. Il n'y a pas de panacée universelle et tout médicament agit suivant le cas où on l'emploie ; la question est de savoir quel est celui qui présente les plus grands avantages. Or, le formol est parmi les antiseptiques les plus énergiques ; on peut le placer au-dessus du sublimé ; de plus, il est très diffusible. Le nombre des pansements est sensiblement le même, nous dit M. Godon. S'il avait suivi strictement la technique que j'ai décrite dans mes précédentes communications sur ce sujet, il aurait vu le nombre des pansements diminuer des trois quarts. J'ai parlé de pansements occlusifs ; il n'est pas toujours nécessaire d'employer la gutta, un bon vernis à la sandaraque ou même de benjoin suffisamment épais rend le pansement assez imperméable. La différence entre le formol et l'iodoforme consiste en ce que le premier pénètre davantage la substance de la dent. Quant à la périostite que donnerait presque toujours le premier pansement au formol, elle est passagère, et je

me demande s'il faut l'attribuer à cet agent. Je suis tenté pour ma part d'incriminer les vapeurs de l'alcool qui lui sert de véhicule. Je fais mes réserves à ce sujet, je reviendrai peut-être un jour sur ce point.

Si M. Choquet avait lu mes précédentes communications, il se serait gardé de placer une trace de formol sur une pulpe non dévitalisée ; j'ai beaucoup insisté sur ce fait.

En ce qui concerne le pouvoir bactéricide du formol, je me déclare incompétent ; je m'en suis rapporté aux expériences de MM. Trillat et Pottevin. Ce dernier en a décrit une dans laquelle au moyen de cet agent il avait neutralisé en vingt-quatre heures des bouillons de culture à travers une couche d'huile d'un centimètre.

M. Richard-Chauvin demande pourquoi employer le formol dans le 3e degré. Il est évident que, lorsque la pulpe est détruite, les manœuvres d'extirpation salissent le canal ; la précaution que je prends d'y introduire un bactéricide énergique me donne une garantie. Quant au reproche que mes résultats ne sont pas anciens, je dirai que j'ai commencé mes expériences en 1894. Depuis cette époque je n'emploie pas autre chose et mes résultats sont satisfaisants.

Le formol est décomposé par les ammoniacaux ; c'est ce qui se passe lorsqu'il y a de l'odeur ; son effet bactéricide n'a lieu que quand il est intégral. Il agit d'abord comme désodorant et enfin comme antiseptique. Sa solution alcoolique géraniée augmente son pouvoir désodorant et sa diffusibilité.

Pour éviter la périostite, je remplis les canaux desséchés avec des pointes de gutta.

M. Sauvez. — M. de Marion impute aux vapeurs d'alcool les douleurs de périostite qui ont été observées. Nous avons tous employé l'alcool sans constater de douleurs ; il serait plus juste d'incriminer le formol qui est caustique.

M. de Marion. — Il faut remarquer que la douleur se produit lorsqu'on a laissé dans les canaux des mèches imbibées de solution alcoolique de formol. Elle ne se produit pas, au contraire, lorsque les canaux desséchés sont remplis de gutta. J'ai, du reste, réservé ce point.

IV. — Nouveau procédé d'injections hypodermiques.

M. le Dr Friteau donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente l'instrument. (Voir *Moyens et procédés*, page 369.)

Discussion.

M. Gross. — Cet instrument peut rendre de grands services en hypodermie générale, mais j'ai peur d'échecs en hypodermie dentaire. On a dû ajouter des ailettes aux seringues dont nous nous servons,

pour nous permettre de pousser l'injection dans les tissus très denses des gencives ; or, avec le système de M. Friteau, je crains que nous n'ayons pas une pression suffisante.

Au point de vue antiseptique, cet instrument est-il bien utile ? Nous avons la seringue de Luer qui est parfaite.

M. Martinier. — Je voulais faire les mêmes réserves que M. Gross ; nous rencontrons en effet une résistance considérable des tissus dans lesquels nous sommes appelés à faire les injections. La seringue de Luer elle-même, qui est excellente, suffit bien pour les injections huileuses, mais est presque insuffisante pour les injections aqueuses quand elle est en usage depuis un certain temps. Or, l'instrument de M. Friteau donne certainement une pression moindre.

M. Sauvez. — Cet instrument est destiné à rendre de grands services aux injections hypodermiques en général, mais je voudrais le voir employer dans nos cas spéciaux.

M. Friteau. — Il sera nécessaire de se servir des deux mains pour les injections huileuses.

M. Sauvez. — C'est là un gros inconvénient.

M. Godon. — L'instrument peut être perfectionné.

M. Loup. — Il y a deux ans, je m'étais mis en rapports avec la maison Contenau et Godart pour une combinaison analogue à celle de l'instrument qui vient de nous être présenté. La soufflerie était remplacée par un piston qui remplissait le même but.

M. Friteau. — Je suis à la disposition de la Société pour faire des démonstrations. Il est certain que les solutions huileuses nécessiteront une soufflerie plus puissante.

M. Richard-Chauvin. — La crainte que la soufflerie soit insuffisante peut être justifiée dans une certaine mesure ; mais aucune objection ne peut tenir devant une démonstration pratique. Il est probable que M. Friteau est sûr de ses résultats, puisqu'il offre de nous les démontrer en séance pratique. Je crois que nous n'avons qu'à accepter et à remercier M. Friteau.

V. — Le cellulin hydrophile.

M. le Dr Friteau présente un produit nouveau qui porte le nom de cellulin hydrophile et donne lecture de la note suivante.

Le *Cellulin* est un nouveau produit dont les propriétés hydrophiles, supérieures à celles du coton, méritent l'attention du monde dentaire.

D'après MM. Chevretin et Lematte, le *Cellulin* est fabriqué avec les aiguilles de pins et de sapins des forêts du nord de l'Europe ; il est composé de cellulose pure ; à l'in-

cinération il ne laisse qu'une quantité inappréciable de cendres.

Le *Cellulin* se présenté sous forme de nappes légères, souples et soyeuses, dont l'épaisseur est aussi faible que régulière. Sa densité est très inférieure à celle du coton.

Le *Cellulin* est très hydrophile : les expériences démontrent qu'il absorbe quatre fois plus d'eau que le meilleur coton hydrophile ; l'absorption se fait très rapidement ; le *Cellulin* se comporte tout comme une éponge ; malgré sa légèreté, il s'enfonce dans l'eau et s'en charge.

En art dentaire le *Cellulin* a les mêmes applications que l'ouate hydrophile : absorption de la salive, des mucosités, du sang, etc. ; pansements occlusifs temporaires des caries (cellulin imbibé de vernis à la sandaraque, par exemple). Son emploi me paraît très recommandable pour les lavages et pansements temporaires des canaux ; la régularité de ses minces feuilles donne, autour des équarissoirs, des mèches régulièrement calibrées, sans aucuue bosselure, se détachant facilement de l'équarissoir si elles ont été peu serrées, s'en détachant plus difficilement si on les a quelque peu comprimées en les moulant. Ces mèches permettront d'introduire dans un canal une quantité plus grande de médicament que des mèches de coton hydrophile de même volume ; elles n'ont aucun duvet et il n'en peut rester le plus petit débris dans un canal.

Le *Cellulin* est un produit trop nouveau pour que j'aie eu le temps d'en étudier toutes les indications en thérapeutique dentaire. Il est à peine né ; je l'ai pris à la hâte pour l'apporter à notre Société afin que, avant tous les groupements thérapeutiques, elle en ait la primeur.

VI. — Production de carie artificielle dans la machoire d'un mouton, par M. Choquet.

M. Choquet lit une note sur ce sujet. (Voir *Travaux originaux*, page 361.)

VII. — Evolution vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du sinus, par M. Heidé.

M. Heidé donne lecture d'une communication sur ce sujet. (*Sera publiée ultérieurement.*)

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
G. de Marion.



REVUE ANALYTIQUE
des
JOURNAUX DENTAIRES AMÉRICAINS

Traitement du prognathisme, par le Dr Ottolengui
(*Dental Cosmos.*)

Cette communication du Dr Ottolengui est d'un très grand intérêt, non seulement parce que le jugement sûr et l'habileté professionnelle de l'auteur sont connus, mais parce que c'est une question d'orthodontie qui tient le plus au cœur de tous les dentistes en raison de la difficulté du traitement de cette déformation de l'arcade et de l'importance de son succès.

Nous allons résumer aussi brièvement qu'il est possible l'histoire des deux cas qu'il a eu à traiter et qui montrent l'inconvénient de certaines méthodes de traitement en orthodontie considérées jusque là comme absolument efficaces et sans danger.

Dans les deux cas il s'agissait d'un prognathisme de la mâchoire supérieure.

Dans le premier, le travail de redressement avait été commencé avant l'éruption des canines permanentes. Lorsqu'on entreprit le deuxième cas, le patient avait à peu près quinze ans; quand on le vit pour la première fois, les canines temporaires étaient encore à leur place et les premières molaires permanentes avaient été arrachées.

Les modèles, qui avaient été pris par un confrère antérieurement, à l'âge de dix ans, montraient une ressemblance assez marquée entre ce cas à cet âge et le premier cas, les mêmes dents existaient dans la bouche avec la même malposition (fig. 15).

Dans le cas où l'intervention avait pu être faite de bonne heure, les mâchoires furent ramenées à leur position normale, les dents articulant bien, de telle sorte que l'aspect intérieur et l'aspect extérieur de la bouche devinrent parfaitement réguliers sans le sacrifice d'aucune dent permanente.

Description des appareils.

C'est ici le point qui constitue évidemment la valeur de ce traitement. Le principe des appareils qu'a employés le Dr Ottolengui est basé sur ceux de Goddard et de Kingsley.

Pour le premier cas, il s'arrêta à un moyen de rétention extra-buccal, comprenant l'emploi d'une têtière en cuir d'une seule pièce et offrant une grande résistance, tout en gênant très peu le sujet ; puis il confectionna la deuxième partie de l'appareil consistant



Fig. 15.

dans une tige de laiton courbée en forme de parabole au centre et en avant de laquelle se trouve soudée une plaque estampée recevant la face labiale des deux incisives centrales (fig. 15).

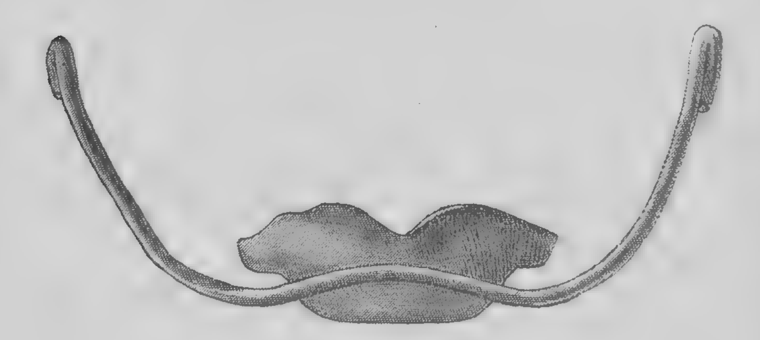


Fig. 16.

Cette plaque est en platine. Les deux extrémités de la tige sont reliées à la têtière au moyen d'un élastique chargé d'opérer la traction.

Quand l'auteur juge le résultat suffisant pour la mâchoire supérieure, il passe au traitement de la mâchoire inférieure. Le nouvel appareil qu'il construit alors est à résistance intra-buccale, servant à la fois d'appareil actif pour les dents du bas et d'appareil de maintien pour les dents du haut. Il emploie à cet effet le plan incliné, bien qu'à cet âge les enfants aient déjà pris l'habitude d'articuler d'une certaine façon et bien que, porteurs du plan incliné, ils aient toujours tendance à revenir à l'ancienne et mauvaise articulation.

L'appareil est composé d'une plaque en platine iridée et appliqué bien entendu sur la mâchoire supérieure (fig. 17).

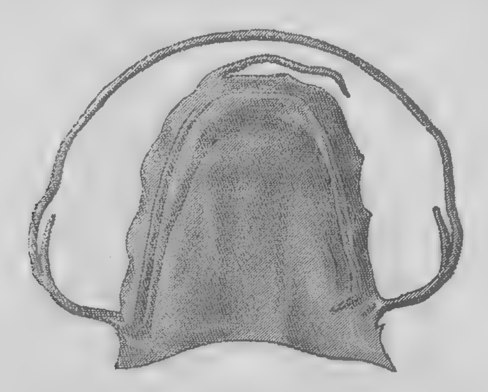


Fig. 17.

Le plan incliné sur cet appareil comprend toutes les dents inférieures. Au bout de six mois le résultat est acquis.

Dans le deuxième cas (l'âge seul diffère) même appareil que précédemment, comprenant non plus deux dents, mais quatre, et englobant plus largement le rebord alvéolaire.

A noter un fait intéressant: pendant le cours du traitement le Dr Ottolengui observa un déplacement rapide et simultané des incisives supérieures; il suspecta alors les canines de ne pas se trouver à leur place normale. Il radiographia la mâchoire qui fit découvrir en effet que les deux canines permanentes étaient disposées dans l'intérieur de l'arcade.

Il supprima alors la têtière momentanément et construisit un autre appareil pour redonner à l'arcade sa courbe parabolique en prenant sa résistance sur les deuxièmes prémolaires et les deuxièmes molaires permanentes (la première ayant été enlevée), puis construisit un T en or passant entre les deux incisives centrales et latérales gauches.

Cette tige est reliée du côté *interne* au moyen d'un élastique à un crochet, puis sur la partie interne de l'appareil, puis sur les molaires du côté *externe* également au moyen d'un élastique au crochet externe, enfin sur la barrette de l'appareil qui repose sur les molaires (fig. 18).

Le résultat fut extrêmement rapide. Il remit alors la têtière et, une fois le résultat obtenu, passa à la correction des dents du bas de la même façon que précédemmment c'est-à-dire au moyen du plan incliné.

Le Dr Ottolengui fait ressortir comme conclusions de son travail les points suivants :

1° L'intervention dans ces cas doit être précoce, l'expansion doit être suffisante pour permettre aux dents permanentes d'évoluer sans aucune gêne et par conséquent de conserver tous les organes;

2° Il s'élève contre l'extraction de la dent de six ans pour donner plus de facilité à l'opération;

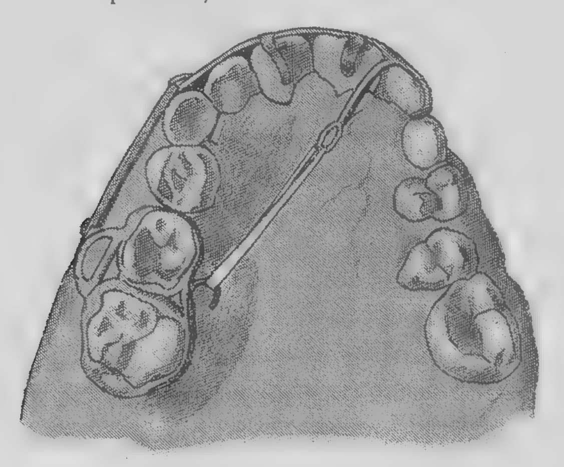


Fig. 18.

Ce mode opératoire a entres autres inconvénients celui de suspendre l'intervention à cause de l'absence d'éruption de la deuxième grosse molaire sur laquelle on doit prendre point d'appui;

3° Il assure que l'hygiène de la bouche peut être parfaite et qu'il n'y a aucune crainte de carie avec ces appareils.

Il y a quelques années, M. Martinier, lui aussi, a présenté à une Société dentaire de France pour la correction du prognathisme des appareils qui sembleraient avoir tous les avantages des appareils construits par le Dr Ottolengui, sans en avoir certain inconvénient : je veux parler du port de la têtière qui peut être plus au moins acceptée et tolérée.

LA SECTION DU PÉRIODONTE ET DU FREIN LABIAL *(Dental Cosmos.)*

Par le Dr Angle (Saint-Louis).

Les auteurs qui ont osé préconiser la méthode chirurgicale pour le traitement des irrégularités dentaires ou des anomalies des maxillaires sont encore relativement peu nombreux. Cependant nous voyons de jour en jour leur nombre augmenter et aux noms déjà connus de Talbot, Cryer, Guilford, Cunningham nous ajouterons désormais celui d'Angle.

Si en France le nombre en est encore plus restreint, c'est qu'il faut reconnaître que les résultats qu'il nous a été permis de constater n'ont pas toujours été, tant s'en faut, en leur faveur. Je citerai en passant ceux de la rotation sur l'axe.

Nous aurions tort cependant si nous fermions les yeux sur l'évolution de cette méthode de redressement accélérée.

Nous ne donnerons ici que les grandes lignes de la très longue communication qu'a faite le Dr Angle sur cette méthode.

Il traite chirurgicalement l'anomalie dentaire qui consiste dans l'écartement de l'axe médian des deux incisives centrales supérieures, irrégularité souvent accompagnée, ainsi qu'il le dit, d'une accentuation anormale du frein labial. C'est, d'après l'auteur, cette particularité la cause de cette anomalie.

Son mode opératoire est le suivant : il sectionne le frein labial sur toute son étendue au cautère de façon qu'il n'ait plus d'action mécanique. Il base le principe de son intervention chirurgicale sur la rétraction des tissus traités avec le cautère ; ce procédé opératoire est également employé par les rhinologistes dans la correction de la déviation du septum nasal.

Le Dr Angle fait une profonde incision avec un électro-cautère en forme de couteau chauffé au blanc, qui sépare en deux ce cordon fibreux et qu'il étend presque entre les deux dents. Il va sans dire qu'il fait au préalable une anesthésie de la région à la cocaïne. Il évite dans cette incision ignée d'aller blesser le périodonte. Ensuite il construit un petit appareil qui a pour but de rapprocher les deux incisives.

Il voit là une façon d'accélérer le déplacement des dents et de diminuer la période de maintien des dents dans leur nouvelle position.

Il considère, en effet, que la résistance qu'on éprouve dans le déplacement des dents, tout comme la difficulté qu'on a à maintenir le résultat obtenu, provient de l'action des fibres ligamenteuses du périodonte, dont la présence, le nombre et la résistance sont en

raison directe de l'effort que la dent est appelée à fournir.

La plupart du temps, même avec les appareils, le résultat rapide n'est dû qu'à un arrachement des ligaments et à un processus de résorption.

L'incision de ces ligaments, au moyen de bistouris très fins, paraît à l'auteur une opération rationnelle. Il ajoute, d'ailleurs, qu'il a fait un certain nombre d'opérations de ce genre avec succès. Il ne fait ce décollement que sur les deux premiers tiers de la racine.

Si le mouvement de rotation doit être incomplet, la section des fibres ne devra porter que sur celles qui sont aux deux angles diamétralement opposés de la racine. Par exemple, dans le cas d'une canine qui devrait être déplacée vers l'alvéole d'une prémolaire qui viendrait d'être arrachée, la section des fibres se ferait au côté médian de la racine.

Enfin, le Dr Angle préconise, comme le Dr Bryan de Bâle, d'enlever une portion en forme de croissant de la table alvéolaire postérieure dans le cas où l'on aurait à faire mouvoir la dent en arrière.

Les bistouris qu'il emploie dans la chirurgie du ligament alvéolo-dentaire sont des lames extrêmement fines, telles que celles dont se servent les oculistes.

Avant de se prononcer sur ce mode opératoire il serait nécessaire de l'expérimenter. Il nous semble assez hardi pour ne pas dire hasardeux; nous avons cru cependant qu'il serait d'un certain intérêt de le faire connaître à nos confrères français.

INDICATION ET CONTRE-INDICATION DU FORMALDÉHYDE EN ART DENTAIRE *(Dental Cosmos.)*

Par M. Low (Buffalo N.-Y).

Les médecins ne sont pas encore d'accord sur la valeur du formol comme désinfectant. Les uns assurent sa puissance de pénétration; d'autres, au contraire, disent que son action n'est que superficielle. M. le Dr Low a voulu éclaircir ce point pour la chirurgie dentaire. Il examine d'abord son pouvoir de pénétration, la tendance des matières albuminoïdes à retarder l'action antiseptique, la réalité de son pouvoir désinfectant, sa toxicité sur les êtres supérieurs dans une atmosphère à saturation, la réalité de son action. Il aborde ensuite ses indication et contre-indication dans son emploi en art dentaire, le meilleur moyen de produire ce gaz formaldéhyde et termine enfin sa longue communication en donnant le résultat de trois séries d'expériences bactériologiques, comprenant en tout 32 expériences qui permettent à l'auteur de conclure que, de « toutes les méthodes con-

nues pour la stérilisation des instruments, la fumigation avec du gaz formaldéhyde sec est la plus facile et aussi la plus certaine ».

LES RAYONS RŒNTGŒN. — LEURS EFFETS ET LEURS APPLICATIONS EN ART DENTAIRE (*Dental Cosmos*).

Le Dr Prin, de Cleveland (Ohio), a divisé son travail en deux parties. La première, scientifique, dans laquelle il développe magistralement tous les phénomènes physiques se rattachant à cette importante découverte des rayons X ; il donne également une technique opératoire au point de vue général et surtout au point de vue spécial qu'il a voulu traiter. La deuxième intéresse plus étroitement nos relations, en tant que dentistes, présentes et à venir avec la radiographie.

Il nous fait passer sous les yeux de nombreuses radiographies assez nettes, les unes au point de vue anatomique, les autres, tératologiques, les autres pathologiques, d'autres encore pour montrer la valeur des rayons X en orthopédie dentaire.

Ce travail, extrêmement intéressant, nous montre le bénéfice que nous sommes appelés à retirer de la radiographie en art dentaire.

C. W.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE, LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. POSSESSION D'ÉTAT. FEMME MARIÉE EXERÇANT SANS PATENTE, AVANT ET DEPUIS LE 1er JANVIER 1892, AVEC SON MARI, PATENTÉ. SUFFISANCE D'UNE SEULE PATENTE. ABSENCE D'USURPATION DE TITRE.

COUR DE LIMOGES (Ch. correct.).

2 *novembre* 1899.

M. MERCIER, président.

Toute femme mariée qui se livre habituellement à la pratique de l'art dentaire, alors qu'à la date du 1er janvier 1892 elle exerçait la profession de dentiste et qu'elle n'a depuis lors cessé de l'exercer, a le droit, en ayant la possession d'état, de continuer à exercer cette profession, aux termes de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

Peu importe qu'elle ne fût pas imposée personnellement à la patente, du moment que son mari, avec lequel elle habitait, exerçait dans le même établissement la même profession, pour laquelle il était patenté, — les époux ne devant (à raison de la faveur édictée par l'article 19 de la loi du 15 juillet 1880) qu'une seule patente, et la femme se trouvant ainsi, en réalité, elle-même patentée sous le nom de son mari.

L'usurpation du titre de dentiste ne peut exister de la part des personnes qui ont le droit d'en exercer la profession, fût-ce même en vertu de la disposition exceptionnelle et transitoire de l'article 2, et à qui la loi, dans cet article, a donné elle-même la qualification de dentiste.

(Mme B..., Ve C...)

La Cour,

Attendu qu'il est constant, en fait, que la prévenue se livre habituellement à la pratique de l'art dentaire ; mais qu'il résulte aussi, de l'instruction et des débats, ainsi que des renseignements fournis à la Cour, qu'à la date du 1er janvier 1892 elle exerçait déjà la profession de dentiste, comme elle n'a cessé de l'exercer depuis lors, et qu'elle en avait la possession d'état ; que, si elle n'était pas alors imposée personnelle-

ment à la patente, c'est que son mari, avec lequel elle habitait, exerçait dans le même établissement la même profession, pour laquelle il était patenté; qu'à raison de la faveur édictée par l'article 19 de la loi du 15 juillet 1880 les deux époux ne devaient qu'une seule patente; mais qu'en réalité la prévenue se trouvait elle-même patentée sous le nom de son mari;

Attendu, dès lors, qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 la prévenue a le droit de continuer à exercer l'art dentaire;

Attendu que l'usurpation du titre de dentiste ne peut évidemment exister, de la part des personnes qui ont le droit d'en exercer la profession, fût-ce même en vertu de la disposition exceptionnelle et transitoire dudit article, et à qui la loi, dans cet article, a donné elle-même la qualification de dentiste;

Par ces motifs: — Infirmant le jugement dont est appel; le met à néant; — Décharge l'appelante des condamnations prononcées contre elle.

Un résumé de cet arrêt, rédigé par un journal local, avait été reproduit par *L'Odontologie* (1899, p. 475), et, nos lecteurs s'en souviennent peut-être, nous les avions tenus en garde (V. *L'Odontologie*, 1900, p. 239) contre de prétendus considérants qui nous paraissaient contraires à tous les principes.

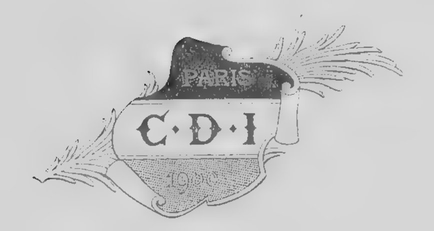
Bien nous a pris de faire toutes réserves, et le texte de la décision, que nous reproduisons aujourd'hui, place enfin les choses dans leur véritable jour.

Mme B., d'abord condamnée en 1re instance, pour exercice illégal de l'art dentaire et usurpation de titre, est acquittée en appel. Pourquoi? Parce que, mariée à un dentiste patenté, elle pratiquait l'art dentaire avec lui, avant le 1er janvier 1892, dans le même établissement, et que, dès lors, bénéficiant des lois du 25 avril 1844 (art. 15) et du 15 juillet 1880 (art. 19), il lui suffisait d'établir (et c'est ce qu'elle a fait), pour échapper à toute répression pénale qu'une patente avait été prise et payée par son mari. Veuve, elle a continué l'exercice professionnel, et, comme le dit la Cour, la possession d'état constante dès avant et depuis 1892 l'autorisait à invoquer avec succès le bénéfice des dispositons transitoires de la loi du 30 novembre 1892 (V. dans le même sens, Besançon, 27 juin 1894).

Ayant le droit d'exercer l'art dentaire, elle ne pouvait pas davantage usurper le titre de dentiste, puisque ce titre lui appartenait légitimement. Mais on remarquera qu'il n'est pas là question, comme l'avait prétendu le journal local, du titre de *chirurgien-dentiste*.

Quoi qu'il en soit, nous sommes résolu, dès maintenant, dans l'intérêt même de nos lecteurs, à ne faire désormais connaître, dans leur texte ou en un résumé fidèle, que les décisions dont les termes officiels auront, au préalable, passé sous nos yeux.

F. W.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

Le Secrétariat général du Congrès nous communique, à l'heure où nous mettons sous presse, des nouvelles qui seront très appréciées par tous les congressistes :

1° M. le Professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a bien voulu accepter de présider la séance d'ouverture, au Palais des Congrès, le mercredi 8 août, à 9 h. 1/2 ;

2° Les cartes de membres du Congrès donneront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant la session du Congrès ;

3° La circulaire générale d'avril émanant de la Commission d'organisation et contenant les titres d'environ 150 sujets de communications et de démonstrations a été remise à l'Imprimerie Nationale et sera distribuée très prochainement par les soins du Gouvernement.

A la suite de la réunion du Bureau de la Commission d'organisation dont nous avons fait connaître les résultats dans notre précédent numéro, MM. Paterson, secrétaire du Comité national anglais, et Cunningham, membre du même Comité, sont venus à Paris et ont procédé, de concert avec le Secrétariat général, à la mise au point des travaux en ce qui concerne l'Angleterre.

On nous annonce en même temps la constitution d'un Comité national brésilien, composé de :

MM. Professeur Aristides Benicio de Là, président ;
Professeur Antonio Goncalve Pereira da Silva, vice-président ;
Rodolphe Chapot-Prévost, secrétaire-général ;
Domingo Ribos, trésorier;
Custovio Milanez vos Santos ;
Camillo Boulte.

Le Commissariat général de l'Exposition a décidé que des cartes d'entrée permanente seraient attribuées aux membres du Bureau du

Congrès, et le Secrétariat général s'occupe, à l'heure actuelle, des mesures à prendre pour en provoquer la délivrance.

Enfin, nous sommes heureux d'enregistrer la communication suivante du ministère des Affaires étrangères :

La compagnie royale des chemins de fer portugais a bien voulu accorder une réduction de 50 o/o aux congressistes qui doivent se rendre cette année à Paris pour assister au Congrès dentaire.

La compagnie de la Beira-Alta, dont la ligne se trouve également sur le parcours de Lisbonne à la frontière portugaise, a été saisie, en même temps, d'une demande tendant à obtenir une concession analogue ; dès que la réponse de la compagnie lui sera parvenue, notre représentant s'empressera de nous la communiquer.

D'autre part, il résulte d'une lettre de l'ambassadeur de la République à Londres que les compagnies anglaises sont disposées à faire bénéficier les membres du Congrès dentaire de réductions de tarif identiques à celles accordées aux membres du Congrès de médecine. D'après les renseignements recueillis par l'ambassade, la question est résolue en ce qui concerne la compagnie du « South Eastern and Chatham and Dower Railway », avec laquelle le chemin de fer du Nord est en correspondance. Il a été convenu qu'on émettrait des billets d'excursion de 14 jours de validité, à prix réduits, pour les congressistes qui en feraient la demande à la compagnie anglaise par l'intermédiaire du Secrétaire du Congrès auquel ils appartiennent. De son côté, la compagnie de l'Ouest a fait de même, ainsi que son correspondant, la compagnie de Brighton.

Enfin les chemins de fer italiens sont disposés à accorder aux congressistes une réduction progressive de 30 à 50 o/o sur les prix des billets de 1re, 2e et 3e classes, en raison de la distance à parcourir et moyennant l'observation des règlements et des conditions établis par les compagnies.

Au dernier moment nous recevons des Etats-Unis 47 adhésions nouvelles, et l'annonce de 47 communications.

AVIS IMPORTANT

Nous rappelons que les adhésions doivent être adressées à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg, et les cotisations à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann. Il est urgent que la Commission d'organisation connaisse au plus tôt le nombre exact des congressistes, de façon à prendre les mesures nécessaires.

Nous publierons très prochainement la liste des adhésions reçues.





CORRESPONDANCE

Toulouse, 17 avril 1900.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi de vous adresser une note rectificative concernant un point des conclusions que M. G. Gross tire de la statistique officielle des dentistes exerçant en France (*L'Odontologie*, n° du 15 avril).

M. Gross, omettant volontairement les docteurs en médecine qui forment, dit-il, « une minorité si faible qu'on peut très bien n'en pas tenir compte », n'accorde à Toulouse qu'un seul diplômé. Or, parmi les vingt-deux dentistes exerçant à Toulouse, cinq sont docteurs en médecine, dont trois diplômés d'écoles dentaires, et trois chirurgiens-dentistes, ce qui porte à huit le nombre des dentistes pourvus d'un diplôme.

Toulouse ne possède donc pas qu'un seul diplômé, mais bien huit diplômés, dont cinq docteurs représentant presque le quart des dentiste de cette ville, proportion assez respectable pour qu'elle semble devoir entrer en ligne de compte dans une statistique qui a pour but d'éclairer les dentistes sur la situation dentaire en France.

Que semblable erreur soit répétée pour plusieurs villes, et de ce travail de statistique dont on pourrait tirer grand fruit, s'il était exact on ne tire plus que des données frisant la fantaisie.

Dans l'espoir que vous voudrez bien insérer cette lettre dans « *L'Odontologie* », je vous prie d'agréer, Monsieur le rédacteur en chef, avec mes remerciements mes plus sincères civilités confraternelles.

Dr CHEMIN,

Vice-président de la Société des dentistes du Midi.

La note rectificative de M. le Dr Chemin, au sujet du nombre des dentistes diplômés exerçant à Toulouse est entièrement fondée, je me plais à le reconnaître ; elle était prévue d'ailleurs ; mais mon honorable confrère me permettra-t-il de lui faire remarquer qu'elle se trompe d'adresse et que c'est au ministère de l'Intérieur, éditeur responsable dont je n'ai fait que reproduire les chiffres, qu'elle aurait dû être envoyée? De même, je n'ai pas « omis volontairement » les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire; la *statistique officielle* que j'ai commentée n'en faisant aucune mention, j'ignore s'ils ont été portés parmi les médecins ou parmi les dentistes. Si ce point intéresse mon confrère toulousain, qu'il s'adresse donc directement au ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ; on lui répondra peut-être.

G. GROSS.





NÉCROLOGIE

Mme BILLET

Nous avons le regret d'apprendre le décès de Mme Billet, mère de notre confrère, M. Billet, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Nous exprimons nos sincères condoléances à notre sympathique collègue et à sa famille.

M. VIRON.

On annonce la mort de M. Viron, beau-père de M. Bonnard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et membre du Conseil d'administration, à l'âge de 65 ans.

Nous adressons l'expression de nos bien sincères regrets à la famille du défunt et à notre dévoué confrère.

M. ANDRIAMIFIDY.

L'Ecole dentaire de Paris vient de perdre un de ses élèves, M. Andriamifidy, de l'île de Madagascar. Ce jeune homme, plein d'avenir, a succombé après une longue et douloureuse maladie.

Nous prions sa famille de croire à nos bien vifs regrets de cette fin prématurée.



Inauguration de l'institut dentaire de Munich.

La cérémonie d'ouverture de l'Institut dentaire de l'Université de Munich a eu lieu le 28 avril. L'École dentaire de Paris, invitée à cette solennité, s'y est fait représenter par M. de Marion, professeur suppléant et membre du Conseil d'administration.

Notice sur l'histoire de l'art dentaire.

On sait que l'École dentaire de Paris a chargé M. Lemerle, conservateur de son Musée, d'organiser à l'Exposition universelle de 1900 une exposition rétrospective de l'art dentaire. Le catalogue de cette exposition, actuellement sous presse, sera précédé d'une *Notice sur l'histoire de l'art dentaire* depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Cette notice, due à la plume de notre dévoué collaborateur, qui s'est imposé en cette circonstance une tâche considérable, dont il s'est acquitté de la façon la plus satisfaisante, comprend 180 pages environ et est illustrée de nombreuses et intéressantes gravures, qui donnent à l'ouvrage un cachet tout particulier. M. Lemerle a fait là une œuvre qui restera et qui, croyons-nous, est appelée à un certain succès. Il y a lieu de l'en féliciter et de l'en remercier.

C. G.

Candidature a l'Académie de médecine.

A l'Académie de médecine, le docteur Claude Martin pose sa candidature au titre de correspondant.

(*Echo de Paris*).

Don de la maison Ash.

Nous annoncions dans notre dernier numéro que la maison Ash avait fait don à l'École dentaire d'un superbe fauteuil qui nous paraissait très bien compris. Nos lecteurs en jugeront par la figure que nous donnons ci-dessous.

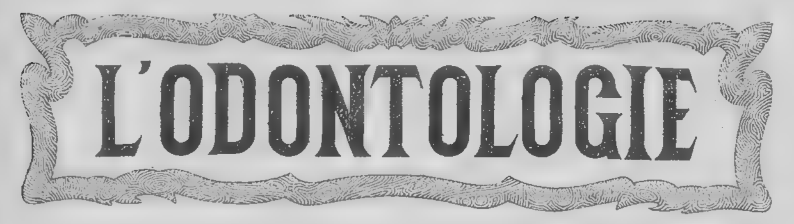
E. P.



Fig. 19. — Fauteuil 39 de la maison C. Ash et fils.

A. Manche pour ajuster la têtière. — B. Manche servant à monter et à descendre la têtière. — C. Mouvement d'avancement ou de recul du dossier. — D. Levier servant à monter ou descendre le dossier. — E. Manche servant à fixer le dossier en position. — F. Pédale pour tourner le fauteuil. — G. Pédale pour lever le fauteuil. — H. Pédale pour descendre le fauteuil. — I. Pédale pour renverser le corps du fauteuil. — K. Partie mobile du marchepied.

20[e] ANNÉE. N° 9 15 MAI 1900 VOL. XXIII



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

ÉVOLUTION VICIEUSE DE LA DENT DE SAGESSE AYANT DÉTERMINÉ UNE NÉCROSE PARTIELLE ET SECONDAIRE[1] DU MAXILLAIRE AVEC PERFORATION DU PLANCHER DU SINUS.

Par M. R. HÉIDÉ,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'odontologie. Séance du 3 avril 1900.)

Le 12 décembre 1897 M. X... est venu me consulter pour un abcès avec écoulement purulent côté droit de la mâchoire supérieure. A la joue pas de trace de fluxion, mais un soulèvement du tissu net, circonscrit et caractéristique dans les abcès chroniques ou de longue date.

En examinant à l'aide du miroir et de la sonde, je trouve une cavité profonde entre la dent de sagesse et la deuxième grosse molaire supérieure droite ; écoulement de pus fétide. Je décide l'extraction de la deuxième molaire, très douloureuse, mais très facile à enlever. Injections antiseptiques.

En explorant la cavité je trouve les cloisons osseuses interalvéolaires résorbées, une nécrose partielle de la

1. L'expression de nécrose secondaire se trouve expliquée par la pathogénie de l'affection.

mâchoire, l'irrégularité caractéristique de l'os en état de nécrose. Injections et pansement à la gaze iodoformée.

14 *décembre*. — Nouvelle exploration, la soude entre librement dans le sinus. Le pansement enlevé était plein de pus. Injections de phéno-salyl et pansement ; pendant quelques jours même traitement : curettage à l'aide de la fraise montée sur le tour.

Marche.

Au lieu de voir la plaie s'acheminer vers la cicatrisation, on remarque l'absence complète de bourgeons charnus ; écoulement d'un pus grumeleux même après ces dix jours de traitement.

M. X... se refuse à subir d'autres extractions, que j'insiste à vouloir pratiquer.

Le 20 mars, M. X... revient après deux mois d'absence, pendant lesquels il s'est injecté trois fois par jour avec la solution suivante :

Créosote	3 gr.
Teinture d'iode	5 —
Iodure de potassium	1 —
Alcool	25 —
Eau	450 —

Il s'est aussi pansé, d'après ce qu'il affirme, selon mes prescriptions. Comme il n'y a aucune amélioration, je lui conseille de voir un chirurgien.

Pose d'un appareil protecteur pour éviter que la nourriture ou autres impropretés de la bouche n'entrent par le trou béant dans le sinus.

Étiologie, pathogénie.

Une éruption vicieuse de la dent de sagesse, avec une direction vers la joue, la dent étant encore à moitié incluse dans la mâchoire, laisse un espace très prononcé entre cette dent et la deuxième grosse molaire. Le séjour et la fermentation constante d'aliments avec accumulation de tartre, par suite du manque de soins hygiéniques journaliers de la

bouche, ont provoqué un déchaussement laissant à nu l'os, qui, à la longue, privé de son périoste, s'est nécrosé et résorbé dans une certaine hauteur entre ces deux dents ; par contiguïté, le périoste de la deuxième molaire s'est enflammé. Ces deux causes réunies ont amené une suppuration, d'abord faible, mais infecte, sur laquelle (ces désordres ayant commencé en 1896) j'avais déjà attiré l'attention de M. X... en lui conseillant l'extraction de la molaire.

M. X... depuis un grand nombre d'années, à cause des douleurs ressenties dans cette région et aussi par absence de dents à la mâchoire inférieure, ne se servait plus de cette partie pour la mastication. De là naturellement accumulation d'un tartre qui ne s'en allait pas, rétention de détritus alimentaires, de cellules épithéliales, qui en l'absence de toute hygiène, ont provoqué une infection, laquelle a causé inévitablement un déchaussement de la gencive, une ostéo-périostite et même une ostéite suppurative.

M. X... n'ayant jamais voulu comprendre l'importance de l'affection, n'est venu réclamer mes soins que contraint, de temps à autre, à des époques très éloignées.

Très certainement l'ouverture du sinus n'a fait que s'agrandir depuis le 4 octobre 1898 date à laquelle j'ai perdu M. X... de vue.

L'évolution vicieuse de la dent de sagesse, dans un alvéole anormal, amène des troubles de la circulation osseuse et est capable d'entraîner des troubles de nutrition allant jusqu'à la nécrose, en même temps que des troubles d'innervation (douleurs).

Voilà en quelques mots l'observation clinique d'un cas arrivé dans ma pratique.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✪ *président*.
Dr Roy, *vice-président*.
Choquet, *vice-président*.

MM. **de Marion** ✪ *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Gross, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng**, I ✪. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
Touvet-Fanton. } *de l'Ecole Dentaire de Paris*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✱, ✪ **et Poinsot**, I ✪.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✪, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, I ✪, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.

MM. **De Marion**, ✪, *secrétaire général*.
Billet, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✪, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✱, ✪, **Poinsot** I ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✪, **Devoucoux**, **Godon** ✱, ✪, **Lemerle**, ✪, **Dr Maire**, **Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, ✪, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✪, **Stévenin**.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, ✱ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r) I ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✱, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

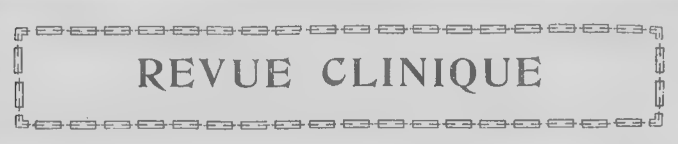
Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.





REVUE CLINIQUE

OBSERVATION SUR UN CAS DE NÉCROSE LIMITÉE CAUSÉE PAR L'APPLICATION INTEMPESTIVE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Par M. Ronnet,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le jeune B..., âgé de 15 ans, écolier, se présente à la clinique de l'école dentaire le 12 juin pour se faire soigner la deuxième prémolaire supérieure droite, atteinte d'une carie pénétrante dont il souffre. Les antécédents locaux et généraux sont très bons.

On diagnostique une pulpite et le traitement en est confié à M. F..., élève de l'école.

Voici le traitement suivi par l'élève :

12 juin. — Cautérisation au thermo-cautère d'une petite tumeur gingivale qui envahissait une partie de la cavité de la dent malade.

13 juin. — Première application d'acide arsénieux.

15 juin. — La dent étant trop douloureuse pour extraire les débris nerveux, nouveau pansement arsenical, de la propre initiative de l'élève.

16 juin. — Rencontrant une douleur persistante qui lui semble ne pas permettre d'intervenir et conseillé par un de ses camarades d'études, sans prendre avis du professeur de service, cet élève fait à nouveau une application arsenicale.

Le jeune homme, sans doute soulagé momentanément, ne revint pas comme il avait été convenu, mais quinze jours après il se présenta à nouveau à la clinique dans l'état suivant :

L'enfant est déprimé et sans force, déclarant avoir de l'inappétence et ne pas avoir de sommeil. A l'inspection, on constate les accidents locaux suivants : la dent traitée (2[e] prémol. sup. droite) est très chancelante et déchaussée, d'une teinte grisâtre. La première prémolaire et la première grosse molaire sont légèrement mobiles.

La gencive est noirâtre et extrêmement enflammée ; l'os sous-jacent est rugueux, mobile, ce qui en indique la nécrose et la formation d'un séquestre ; l'intervention immédiate s'impose.

C'est alors seulement que le malade me fut présenté.

Après l'avoir examiné, je fis extraire la dent compromise. Le lendemain, à l'aide du davier et du pied-de-biche j'enlevai un séquestre. J'ordonnai des lavages antiseptiques à l'hydrate de chloral et à l'eau phéniquée et je donnai à l'élève C. la charge de continuer à soigner ce malade.

Le 10 juillet, nouvelle intervention pour enlever quelques menus séquestres ; à cette époque, je m'aperçus qu'à la suite de la première opération il existait une perforation du sinus.

Continuation du traitement en ordonnant toutefois des injections antiseptiques dans le sinus maxillaire, craignant une infection de cette région.

Vers les premiers jours d'août la guérison était complète et, grâce à un bourgeonnement de bonne nature, l'orifice du sinus, qui était peu large, s'oblitéra sans autres accidents.

Conclusion.

Voilà l'observation que je désirais publier et je tiens à le faire surtout pour mettre en garde nos élèves contre l'abus de l'acide arsénieux dans le traitement de la carie pénétrante.

Je ne saurais trop insister sur les précautions à employer pour son application et, quels que soient les désagréments pour l'opérateur et la douleur pour le malade, je soutiens qu'à la suite d'une première application on doit d'une façon générale faire l'extirpation de la pulpe.

Je ne connais que quelques cas où la chose n'a pu se faire, mais c'est presque toujours par négligence ou paresse qu'on ne le fait pas.

Ce malheureux jeune homme en est un exemple, et si par hasard il n'était pas revenu à la clinique, il pouvait être atteint des accidents les plus graves, accidents évitables certainement avec un peu de discernement dans l'application du traitement.

FOURNITURES DENTAIRES

Maisons de Paris.

C. ASH ET FILS,
22, rue du Quatre-Septembre.

CONTENAU ET GODART FILS,
7, rue du Bouloi, *Téléphone* 214.53.

G. H. CORNELSEN,
16, rue Saint-Marc.

A. CRÉANGE,
69, rue Montmartre.

Vve JULES FRIESE,
3, rue de Londres.

ALFRED JOLIOT,
193, rue Saint-Martin.

L. LEMAIRE,
4, passage Choiseul, *Téléphone* 264.30.

COLIN LOGAN FILS,
113, rue Réaumur, *Téléphone* 288.79.

MAMELZER ET FILS,
55, rue Bichat.

F. MARION,
87, boulevard Sébastopol.

MOREAU ET HERSENT,
77, rue Montmartre.

REYMOND FRÈRES,
22, rue Le Peletier.

Vor SIMON ET Cie,
54, rue Lamartine, *Téléphone* 269.45.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES DENTAIRES,
58, *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, *Téléphone* 214.47.

Vve J. WIRTH,
22 et 24, avenue Philippe-Auguste.

FISTULE DU PALAIS DATANT DE 22 ANS

Par M. Ronnet,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le 20 janvier, je confiais à un élève une malade, âgée de 48 ans, affectée depuis 22 ans d'une fistule siégeant au maxillaire supérieur gauche, dans le voisinage de la ligne médiane ; la suppuration était constante, accentuée surtout au réveil.

La pathogénie n'ayant pu être établie, aucune dent, aucune racine ne persistant au maxillaire supérieur, la nécrose existait sans cause apparente.

La patiente affirmant n'avoir jamais été atteinte de maladie spécifique, l'élève se borna à un traitement purement local et antiseptique.

On cautérisa d'abord avec le thermo-cautère le trajet fistuleux et l'on créai un canal artificiel dans la muqueuse, à 8 millimètres de l'orifice du premier pour faciliter la pénétration et l'écoulement des injections ; celles-ci furent données quotidiennement en solution de chlorure de zinc de 1 à 1 1/2 0/0, le contenu de deux seringues de Pravaz à chaque séance.

La suppuration cessa vers le quinzième jour ; le canal artificiel s'était rapidement cicatrisé ; la sonde, introduite dans la perforation palatine, permettait de pénétrer dans le méat inférieur.

Le 23 février, on cessa le traitement, la fistule étant guérie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Séance du 8 mars 1900.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2 sous la présidence de M. le Dr Pont.

Présents : MM. Dr Pont, Ravet, E. Bonnaric, J. Bonnaric, Vichot, Harwood, Crouzet, Rouvier, Baudrand, Dupuy, Dr Mannier.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

I. — Méthode de redressement, sans appareil, simple et expéditive remplaçant le redressement immédiat, par M. Harwood.

La simplicité même de ce procédé m'a fait hésiter à vous le présenter ce soir.

Ayant eu un cas où une grande incisive supérieure était en retrait sur les dents du bas, j'étais tenté d'employer le redressement immédiat ; mais me souvenant des risques et résultats que nous connaissons à l'heure actuelle : fracture du bord alvéolaire, risque d'extraction partielle ou totale, rupture de la pulpe et par suite décoloration de la dent, je ne croyais pas devoir livrer ce cas au hasard des accidents possibles. J'ai donc ligaturé les dents voisines entre elles et j'ai posé une simple bande de caoutchouc comme cela se présente sur le modèle. Sans autres soins, la dent a franchi celles du bas au bout de cinq jours. Maintenue dans sa nouvelle position par l'occlusion des dents du bas, elle n'avait plus besoin d'autre moyen de rétention et l'opération était terminée.

Depuis, j'ai employé avec succès ce procédé dans tous les cas spéciaux de ce genre et même dans ceux où il y avait deux dents à faire franchir, cela en portant la bande et les ligatures tantôt sur les dents du haut, tantôt sur celles du bas.

Voici quelques exemples :

1° Garçon de dix ans, deux incisives latérales inférieures, réduction en une semaine ;

2° Garçon de dix ans dont je vous présente les modèles, grande incisive droite franchie en cinq jours (fig. 20 et 21) ;

3° Fillette de huit ans, grande incisive droite franchie en trois jours ;

Particularité à noter : j'ai pu prendre appui avec succès sur les canines de lait, dents encore très solides à cet âge ;

4° Garçon de neuf ans, deux grandes incisives franchies en quatre jours ;

Enfin j'ai essayé ce système dans un cas de redressement tardif :



Fig. 20. Fig. 21.

sur une femme de vingt-sept ans; il s'agissait de faire franchir une grande incisive. Comme dans tous les cas entrepris à cet âge, j'ai été tenu de progresser lentement; cependant le déplacement a été relativement rapide : il s'est effectué en vingt-six jours.

Les avantages que je trouve à ce procédé consistent dans son extrême simplicité et sa rapidité ; il évite les appareils encombrants, il y a aussi l'absence des dangers du redressement immédiat.

II. — Moyen d'empêcher le passage du caoutchouc entre les blocs de dents a gencives et de masquer les interstices.

Divers moyens sont employés pour empêcher le passage du caoutchouc (silicate, ciment coloré, etc. entre les blocs de dents à gencives) ; mais une jointure plus ou moins noire ou sombre en résulte souvent.

Le moyen que j'emploie m'a été suggéré par la lecture d'un article

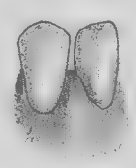


Fig. 22.

d'un de nos journaux. Il consiste, comme le montre le spécimen (fig. 22), à réunir les deux blocs avec de l'émail rose, de sorte qu'une barrière est opposée au passage du caoutchouc, et il n'y a plus de solution de continuité, les deux blocs, en apparence, n'en formant qu'un seul.

On emploie peu d'émail afin de ne pas être obligé de forcer la température, le but n'étant pas de faire une soudure complète.

Discussion.

M. Ravet. — Il me semble que, l'articulation n'étant pas surélevée, la dent ne peut franchir l'arcade inférieure.

M. Harwood. — La dent à redresser franchit très simplement l'arcade dentaire inférieure par ce mécanisme, qu'elle est atteinte d'un peu de périostite, par conséquent un peu douloureuse. Quand elle vient butter contre les dents inférieures, l'enfant les projette en avant pour éviter le contact. La dent a donc un espace plus grand pour avancer, si bien que, quand elle arrive à toucher à nouveau, elle est en place, la mâchoire inférieure n'étant plus projetée en avant vient la maintenir à sa place.

M. Dr Pont fait quelques remarques au sujet de la dévitalisation de la pulpe dans les redressements immédiats et remercie M. Harwood de ses intéressants travaux, concernant le travail de l'émail en art dentaire. Il y a là une voie dans laquelle les chercheurs pourront trouver beaucoup de satifactions.

III. — Nécrose partielle du maxillaire inférieur, consécutive au traitement d'une carie pénétrante de la 3e molaire

Par M. J. Vichot.

Toute carie pénétrante d'une dent peut être traitée avec succès ou a peu près, surtout quand cette forme de désorganisation dentinaire n'est pas infectieuse et qu'on a affaire à un troisième degré caractérisé avec pulpite aiguë.

Tel est le cas qui se présenta pour la dent qui fait l'objet de cette petite communication et qui occasionna l'accident sus-énoncé.

La dent en question, troisième molaire inférieure droite, présente, à l'examen de la bouche, une carie bien accessible, face triturante avec tous les symptômes d'une pulpite aiguë — le traitement *ad hoc*, fut appliqué. Le lendemain, extirpation totale de la pulpe, qui laisse béant un canal très large se prêtant d'une façon particulière à toutes les investigations possibles, pas d'infection, nettoyage du canal unique qui existe dans presque toutes les troisièmes molaires inférieures, les racines étant soudées entre elles, et application d'une mèche de formol géranié. Quelques jours après, notre malade vient nous trouver et accuse des douleurs lancinantes au niveau de la dent en traitement.

Nous pensons que peut-être quelques débris organiques ont séjourné dans le canal ; mais nous abandonnons cette idée en sortant du canal une mèche absolument sèche, immaculée et conservant une odeur parfaite d'essence de géranium ; rien à l'exploration. Une simple mèche iodée est appliquée ; dans la pensée que ces douleurs pouvaient

être occasionnées par le formol, mais notre malade revient nous trouver avec des douleurs s'irradiant tout le long du sterno-cleido-mastoïdien — la dent se mobilise, mais toujours pas d'infection dans le canal, la mèche est absolument sèche, sans trace de suppuration.

La région étant de plus en plus douloureuse avec insomnies et fièvre assez intense, la dent est extraite et présente une racine absolument dénudée ; l'alvéole a une surface gris noirâtre et une odeur caractéristique; aucune hémorragie après l'extraction. Plus de doute : nous sommes en présence d'un point de nécrose ; il faut attendre que le séquestre se limite et se mobilise pour en faire l'avulsion. Nous ordonnons de fréquents lavages alvéolaires d'une solution de chloral et d'acide phénique au moyen d'une petite seringue à irrigations. Les douleurs persistent encore, quand notre malade est obligée de s'absenter ; elle continue ses injections antiseptiques et voit petit à petit disparaître la douleur et sent poindre le séquestre à l'intérieur du maxillaire. Ce séquestre est enlevé très facilement et sa forme spéciale fit croire un instant au dentiste qui l'enleva que ce n'était autre chose que la dent elle-même.

A son retour, environ un mois après, je vis ce séquestre que voici



Fig. 23.

formant une coque enveloppant absolument toute la racine de la dent de sagesse et intéressant une partie de la table interne du maxillaire inférieur, du bord alvéolaire à la ligne mylo-hyoïdienne.

Cette nécrose a été certainement produite par le pansement arsenical placé au début et bien appliqué sur la pulpe, l'acide arsénieux, mis cependant en très petite quantité, se diffusa rapidement, grâce à la grande vascularité de cette pulpe à prolongement radiculaire unique et volumineux, traversa l'apex très large de cette dent et continua son œuvre de désorganisation dans le tissu osseux.

Ce cas m'a paru intéressant comme contribution au traitement de la dent de sagesse qui dans les cas de carie pénétrante ou infectieuse, à notre avis, doit être sacrifiée — vu le grand nombre d'insuccès et quelquefois d'accidents qu'on rencontre pendant ce traitement.

Discussion

M. Harwood. — Peut-être que quelques débris d'acide arsénieux ont pu tomber en dehors de la cavité et s'infiltrer entre la gencive et la dent.

M. Vichot. — J'ai particulièrement insisté sur la position de la carie face triturante, très accessible ; par conséquent, l'acide arsénieux appliqué avec soin, n'a pu tomber en dehors et la pénétration du caustique s'est faite uniquement par le canal.

M. Ravet. — Ne croyez-vous pas que le formol peut être pour quelque chose dans cette nécrose ? J'ai remarqué dans divers cas de la douleur et de l'œdème à la suite d'applications de formol, et je ne serais pas éloigné de croire que le formol n'y a pas été tout à fait étranger et aurait agi un peu comme caustique.

M. Harwood. — Je pense que l'acide arsénieux seul a produit cette désorganisation, car je n'ai jamais eu d'accidents avec le formol dont je me sers beaucoup.

M. J. Bonnaric. — Le formol est incontestablement un très bon antiseptique, mais peut être quelquefois légèrement caustique. J'ai remarqué en effet que depuis quelque temps certains flacons ne donnaient pas d'excellents résultats ; sont-ce les flacons anciens, ou bien la préparation a-t-elle un peu changé ? Je ne sais, mais il est évident que cette différence existe et beaucoup de mes confrères l'ont remarqué comme moi.

M. le Dr Pont. — Evidemment nous nous trouvons en présence d'une nécrose arsenicale, car le formol à lui seul n'eût pu produire un semblable séquestre. Quant au formol, je le tiens comme un antiseptique supérieur au sublimé, mais qui peut quelquefois ne pas remplir le but cherché par suite d'altérations quelconques.

IV. — Quelques considérations sur un cas d'arrêt d'éruption et des conséquences, par M. L. Vichot (d'Angers).

Les anomalies d'éruption dentaire ne sont pas une rareté, et chaque jour nous sommes appelés à en constater. Le plus souvent nous nous trouvons en présence de dents évoluant d'une façon précoce ou de dents dont l'éruption est retardée pour une cause ou pour une autre et dont les conséquences ne sont en général que des anomalies de direction ou de placement dont nous avons raison par une intervention judicieuse.

A côté de ces cas il en est d'autres où certaines dents de remplacement font totalement défaut et laissent ainsi un doute sur la cause de leur absence, car on peut alors faire deux suppositions :

1° Absence complète du follicule, et dans ce cas on n'aura jamais à s'occuper de cette anomalie ;

2° Le follicule existe ; mais par suite de diverses circonstances son évolution est entravée et la dent restera incluse dans l'épaisseur des maxillaires.

Dans cette seconde hypothèse la dent se formera en général d'une façon complète, mais sans faire issue au dehors, et cela pour des causes d'ordre purement mécanique. (Obstacles osseux généralement.)

Ordinairement les dents présentant cette anomalie sont tolérées par les tissus dans lesquels elles se trouvent et pourront, soit faire leur apparition lorsque les obstacles auront disparu, ou bien rester dans leur loge osseuse sans occasionner de désordre. Les dents qui présentent le plus fréquemment cette anomalie sont l'incisive latérale supérieure et les dents de sagesse. Ces dernières, par suite de leur situation, n'ont souvent pas la place nécessaire à leur passage. Cependant il arrive parfois que les dents incluses ainsi dans les maxillaires restent un certain laps de temps sans manifester leur présence ; puis un beau jour, par suite de circonstances diverses, occasionnent des accidents plus ou moins graves.

Tel est le cas du sujet qui nous occupe et qui est surtout intéressant par la cause de l'anomalie et ses conséquences tant sur la dent elle-même que sur la région environnante.

Un individu du sexe masculin, cinquante-cinq ans, robuste et d'une forte constitution, mais doué d'une dentition déplorable, vint nous consulter il y a quelques mois. Il ne possèdait plus au maxillaire supérieur que quatre molaires ou prémolaires ; les autres dents ont été extraites il y a cinq ans, époque à laquelle il s'est fait placer un appareil comprenant les six dents de bouche et trois prémolaires.

Depuis de longues années le malade ressentait dans la région malaire droite des douleurs à forme névralgique s'irradiant vers l'œil et le long de l'arcade zygomatique et ayant une acuité plus grande au niveau de la fosse canine.

Ayant une vive appréhension de toute intervention chirurgicale, ce n'est qu'après avoir usé toute la médication anti-névralgique qu'il se décida à consulter un dentiste, qui pratiqua l'avulsion de toutes les dents et racines manquantes actuellement et lui plaça l'appareil que nous avons vu.

Cette intervention ne lui apporta aucun soulagement et il resta ainsi encore pendant cinq ans, recommençant à suivre divers traitements sans obtenir d'amélioration.

Au moment où il vient nous consulter les dents restantes sont saines, mais l'arcade alvéolaire droite présente une tuméfaction assez accentuée du côté palatin au niveau de l'emplacement de la première prémolaire et une induration s'étendant assez avant dans la fosse canine. Un peu au-dessus de la crête alvéolaire, sur la face externe du maxillaire, on remarque deux petits pertuis par lesquels la pression peu douloureuse d'ailleurs fait sourdre un pus blanchâtre.

Un stylet introduit par ces orifices vient butter profondément sur un corps dur, rugeux, dont nous ne pouvons déterminer ni la forme ni la nature, mais que nous supposons être une racine, malgré les dénégations du malade, qui nous affirme que toutes ses dents ont été enlevées avec leurs racines.

Etant donné que ce corps étranger, quel qu'il soit, est la cause de ces accidents, nous en proposons l'extraction qui est acceptée. Une injection de cocaïne nous permet de pratiquer sur la gencive une ouverture en H dégageant la crête alvéolaire par deux lambeaux se rabattant : l'un externe et l'autre interne. Cette opération détermina une hémorragie assez abondante, qui, une fois arrêtée, nous permit d'apercevoir un corps osseux ayant tout l'aspect d'une racine dont la direction d'ailleurs nous parut anormale.

Nous pratiquons l'extraction de cette racine et, à notre grand étonnement, nous retirons une canine bien formée dont la couronne est nécrosée au 1/3 supérieur et la racine présente à son extrémité une masse d'exostose. Nous nous trouvions donc en présence de la canine permanente droite qui n'avait jamais achevé son évolution, en ayant été empêchée par les obstacles qu'elle avait rencontrés par suite de sa position.

Elle était placée sur la face palatine du maxillaire, la couronne correspondant à l'emplacement normal qu'aurait dû occuper la dent et la racine se dirigeant obliquement de bas en haut et d'avant en arrière correspondait au niveau de l'extrémité radiculaire de la deuxième prémolaire.

Depuis l'opération tous les accidents ont disparu.

Maintenant quelle a été la cause de cet arrêt d'éruption ? Il est de toute évidence que la canine dans son évolution a dû rencontrer la racine de la première prémolaire, qui, venue avant elle, avait dû prendre sa place, et l'érosion remarquée sur la couronne serait occasionnée par ce contact.

Quant à la suppuration, elle a due être produite par l'une des racines enlevées antérieurement et entretenue depuis par la présence de cette canine qui faisait corps étranger et ne pouvait s'éliminer par suite de l'exostose dont la racine était atteinte.

Cette exostose se rencontre d'ailleurs d'une façon assez fréquente sur les racines des dents dont l'évolution a été entravée.

Le cas que nous venons de relater nous a paru intéressant par la cause déterminante des accidents, à n'en pas douter, la carie pénétrante et l'infection consécutive de l'une des prémolaires, qui, ayant occasionné un abcès, a créé un état pathologique local, lequel, par suite de sa persistance, aura déterminé la nécrose de la couronne de la canine et entretenu ainsi la suppuration après l'avulsion des racines qui en étaient la cause initiale.

Discussion.

M. Harwood signale un cas à peu près semblable, qu'il a rencontré récemment dans sa clientèle sur un sujet du même âge que celui faisant l'objet de la communication de M. L. Vichot.

M. Pont. — Le cas relaté par notre honoré confrère est certainement très intéressant et nous le remercions tous d'avoir bien voulu nous faire part de ses observations personnelles qui, je pense, ne seront pas les seules, et que beaucoup de membres correspondants voudront bien imiter dans l'intérêt de notre Société.

V. — Fracture des deux maxillaires supérieurs.

M. le Dr Pont présente les empreintes d'un malade atteint d'une fracture des deux maxillaires supérieurs, consolidée en vingt jours par le port d'un appareil spécial. (L'observation et les détails seront publiés ultérieurement.)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 février 1900.

I. — Un cas d'occlusion imparfaite des machoires.

M. Bloch présente le cas d'une jeune fille de quatorze ans dont la mâchoire supérieure ne vient en contact avec la mâchoire inférieure qu'au niveau des deuxièmes grosses molaires du bas. Les dents de six ans inférieures sont, l'une découronnée et l'autre profondément cariée. L'écart entre les deux mâchoires est d'un centimètre environ. M. Bloch propose l'extraction des deuxièmes grosses molaires du bas afin de rétablir l'articulation normale.

M. Hugenschmidt insiste au contraire sur la nécessité de la conservation de ces deux dents qui forment la seule surface triturante que possède la malade. Il meulerait ces deux molaires et arriverait ainsi à faire cesser l'écartement, limité d'ailleurs, qui existe entre les dents antérieures. Si, pendant cette opération, la pulpe était mise à nu, il la détruirait, obturerait la cavité avec un plombage métallique et coifferait le moignon d'une couronne.

M. Sauvez est aussi partisan du meulage, mais ayant eu un cas semblable chez une jeune femme de vingt ans où, au bout d'un an, l'articulation était redevenue normale sans intervention, par suite du tassement des dents, il conseillerait d'attendre quelques mois avant d'intervenir.

M. Rodier, lui, enlèverait la dent de six ans qui reste en bas et rapprocherait ensuite les deuxièmes molaires inférieures des prémolaires, la distance qui les sépare n'étant guère de plus d'un centimètre.

M. Cruet est partisan d'un résultat qui frappe; aussi choisirait-il l'extraction plus rapide et plus satisfaisante, que le meulage.

II. — Obturations par la méthode mixte (or et étain).

M. Hugenschmidt présente sous ce titre une communication très intéressante. Ainsi que le dit l'auteur de la communication, ce procédé n'est pas nouveau, puisqu'il remonte à 1838 ; mais il lui semble qu'il est quelque peu délaissé, malgré les grands services qu'il rend dans la pratique courante.

Le mélange d'or et d'étain présente les avantages suivants :

1° Il est très malléable ;

2° Sa conductibilité au froid et à la chaleur est très restreinte ;

3° L'exécution en est très rapide ;

4° Il a une action thérapeutique certaine, due probablement à une action antiseptique résultant de sa transformation électro-chimique ;

5° Il a une coloration, qui est celle de l'or vert et qui est d'aspect plus agréable qu'une aurification ;

6° Il ne nécessite pas la digue.

Délaissant le mélange préconisé par Miller qui consiste à rouler ensemble une feuille d'or et une feuille d'étain et qui par conséquent contient beaucoup moins d'or que d'étain, M. Hugenschmidt emploie le procédé recommandé par Spring. Ce mélange comporte une feuille d'étain intercalée entre six feuilles d'or Abbey n° 4 et ne noircit pas s'il est bien employé.

M. Gaillard n'est pas très partisan de cet ancien procédé d'obturation, qui a eu, dit-il, la raison commerciale comme déterminante. L'aurification au bout de quelque temps prend une teinte gris-noirâtre déplaisante. L'action de l'étain sur la dentine lui paraît illusoire, la feuille d'étain se trouvant enrobée dans une ou plusieurs feuilles d'or. Il est préférable, pour utiliser l'action de l'étain sur la dentine, de recouvrir la cavité d'une couche d'étain et de construire une aurification dessus.

La malléabilité est inférieure à celle de l'or pur, l'étain occupant le quatrième rang, tandis que l'or occupe le premier rang dans l'échelle.

La conductibilité n'est pas diminuée d'une façon appréciable par l'emploi de ce mélange. En ce qui concerne l'usure mécanique, l'or n'a rien à lui envier.

Enfin la rapidité d'exécution n'est pas plus grande que dans l'aurification à l'or non-cohésif dont on emploie le manuel-opératoire.

M. Cruet n'aime pas à parler des procédés qu'il a peu employés; aussi se contente-t-il de relever une petite assertion de M. Hugenschmidt au sujet de la rétraction de l'amalgame. Ce dernier, comparant l'aurification à l'amalgame, a dit que l'amalgame avait l'inconvénient de se rétracter ; or c'est une affirmation que M. Cruet a entendu émettre souvent, mais qui n'a jamais été absolument vérifiée ; il a connaissance d'expériences qui ont prouvé le contraire, c'est-à-dire que les amalgames, au moins certains, ne se rétractaient point.

M. Hugenschmidt revient sur la supériorité de l'action préventive de l'or-étain à l'égard de la carie secondaire ; cette action a été souvent observée en clinique.

Quant à la conductibilité de l'or-étain, elle est certainement inférieure à l'or et à l'amalgame.

Au sujet de la rétractibilité de l'amalgame que paraît nier M. Cruet, elle est cependant évidente dans un grand nombre de cas. Si l'amalgame parait augmenter de volume et sortir de la cavité, cela est dû à un changement de forme, toute la masse d'amalgame avec le temps a une tendance à prendre une forme sphéroïdale ; elle dépasse les bords de la cavité en hauteur, mais d'autre part pour compenser ce déplacement elle se rétracte des parois.

De plus, tous les amalgames ne sont pas rétractiles, car ceux qui ont expérimenté ces mélanges ont pu diviser les amalgames en amalgames rétractiles et en amalgames dilatants. L'amalgame qui reste stationnaire, c'est-à-dire celui qui ne se rétracte ni ne se dilate, est encore à trouver.

M. Gires emploie depuis longtemps la méthode d'aurification or-étain et s'en est toujours bien trouvé, en particulier pour les caries fissurales.

M. Chrompret demande si M. Hugenschmidt obtient toujours une teinte or et si le patient est bien convaincu que c'est une aurification qu'on a faite.

G. G.

Société odontologique Suisse

La quinzième assemblée générale de cette société a eu lieu à Genève les 5, 6 et 7 mai, sous la présidence du Dr Théodore Frick, de Zurich. — Dans un prochain numéro nous publierons un compte rendu de cette importante réunion dont voici l'ordre du jour :

Dr Prof. Redard. — Conférence sur les Anesthésiques.

Heydenhauss, D. D. S. — Consolidation des dents ébranlées au moyen d'anneaux, couronnes et travaux à pont.

P. Guye D. D. S. — Radiographie (démonstration).

Eug. Muller, D. D. S. — *a*) Un nouveau moyen pour maintenir sans crochets les appareils prothétiques des maxillaires anormaux ; *b*) quelques procédés relatifs à l'emploi du cofferdam (démonstration).

A. Gysi, D. D. S. — Présentation de préparations microscopiques se rapportant à la pratique journalière.

G. A. Stoppany, D. D. S. — Prothèse du maxillaire inférieur et appareil pour corriger le prognathisme.

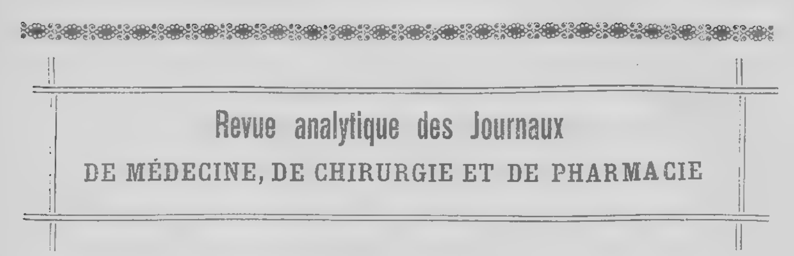
A. Thioly-Regard, D. E. D. P. — Aperçu d'hygiène.

L. Guillermin. — Des dentifrices.

A. Brodlbeck. — Modifications modernes de la dent à pivot.

Nagy. — Séparation des Métaux précieux en art dentaire, par la voie chimique.

Th. Dill. — Sujet à indiquer ultérieurement.



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — La nirvanine.

Nil novi sub sole. M. le docteur Dropet étudie dans sa thèse inaugurale la *nirvanine* au point de vue de l'anesthésie en art dentaire. La puissance de la nirvanine est moindre que celle de la cocaïne, mais par contre sa toxicité est bien inférieure. Les solutions aqueuses à 4 ou 5 o/o donnent une anesthésie complète ; déposées à la surface des muqueuses, les solutions à 1 ou 2 o/o en contact prolongé produisent l'anesthésie ; à 2 o/o la nirvanine est même antiseptique.

Nous ferons remarquer que notre confrère M. Bonnard, il y a plus d'une année, a étudié la même substance et est arrivé à d'excellents résultats. Tout ce que nous dit M. Dropet, nous le savions déjà et de nombreuses expériences avaient été faites à la clinique de l'École. M. Dropet, en s'inspirant des travaux de M. Bonnard, aurait pu faciliter étrangement sa thèse ou tout au moins, en les citant, montrer des connaissances bibliographiques qu'il semble ignorer complètement.

II. — Traitement du muguet.

Comme traitement du muguet chez les enfants, M. de Rothschild, dans une étude de ce parasite, recommande de toucher les points de la muqueuse malade avec une solution alcaline, eau de chaux, bicarbonate de soude. Ces attouchements doivent se pratiquer avec le doigt enveloppé d'un linge fin imbibé du médicament, deux ou trois fois par jour. Dans les cas graves on substituera aux alcalins la liqueur de Van Swieten employée dans les mêmes conditions ; avant la tétée il sera bon de donner une cuillerée à café d'eau de Vichy ; en tout cas l'isolement du malade s'impose dès qu'on constatera la présence du parasite dans la bouche de l'enfant. La présence du muguet se constate tout d'abord par l'examen microscopique, cliniquement les taches sont circinées, laiteuses ; elles adhèrent fortement à la muqueuse.

III. — Tic douloureux de la face.

M. S. Dubois de Saujon attire l'attention de la Société de Thérapeutique sur le traitement par l'électricité à courants continus du

tic douloureux de la face. Cette variété de névralgie du trijumeau a toujours passé pour être incurable. Trousseau, Charcot, Gilles de la Tourette affirment n'avoir pas connu un seul cas de guérison.

Des observations de guérison, même celles se rapportant à des malades ayant subi la section, l'élongation du nerf, n'ont pas pour elles la consécration du temps. On peut leur opposer cette objection : « Le malade que vous croyez guéri est dans une période d'accalmie, il aura une récidive. » C'est malheureusement ce qui arrive presque toujours, même après des opérations aussi graves et aussi radicales que l'ablation du ganglion de Gasser.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation publiée par le Dr Dubois de Saujon, c'est que son malade, âgé de cinquante ans, atteint d'un tic douloureux héréditaire datant de l'âge de six ans, est guéri sans récidive depuis vingt-six ans ; on peut donc le considérer comme radicalement guéri par l'électrité à courants continus.

IV. — Teinture de benjoin pour obturations temporaires.

Prenez benjoin de Sumatra à grosses larmes.........	Q. V.
Pulvérisez grossièrement, puis ajoutez : Alcool 94°...	Q. E.

Faites macérer pendant 10 minutes au bain-marie en remuant constamment. Versez sur un molleton et exprimez. Traitez de nouveau le marc par la 1/10e partie de la quantité d'alcool employée la première fois, versez sur le molleton, exprimez de nouveau, mélangez la nouvelle solution à la première. Laissez reposer pendant 2 ou 3 jours, puis décantez soigneusement. Les matières terreuses se déposent au fond du vase.

Prenez alors de cette teinture de benjoin.....	100 grammes.
et ajoutez....................................	20 »
On peut encore y ajouter d'autres aromates, tels que teinture de Vanille....................	5 grammes.
Ou bien teinture d'Iris........................	10 »
Ou bien encore Ionone.........................	X gouttes

V. — Contre la Stomatite ulcéro-membraneuse.

1° Prendre par cuillerées à soupe dans la journée la potion suivante :

Chlorate de potasse............................	4 grammes.
Sirop de menthe................................	30 —
Eau bouillie...................................	70 —

2° Faire des badigeonnages avec le collutoire suivant :

Glycérine neutre...............................	40 grammes.
Chlorate de potasse............................	10 —
Chlorhydrate de cocaïne........................	0 gr. 15 centigr.

VI. — Actinomycose.

M. Guinard traite la tuméfaction causée par l'actinomycose par la levure de bière à haute dose. Il donne 4 cuillerées à soupe par jour de levure fraîche et obtient, paraît-il, les meilleurs résultats.

Ch. Charpentier





REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES AMÉRICAINS ET ANGLAIS

I. — Obturation des dents des enfants. (*Pacific-medico-dental Gazette.*)

M. Kells dans une étude sur les meilleurs matériaux à employer pour l'obturation des dents des enfants recommande l'amalgame pour les seconds degrés. Quand la dent est sensible, quand on est dans le voisinage de la pulpe, on coiffera avec de la gutta, puis on obturera avec l'amalgame. Si les pulpes sont à nu, on fera usage d'une solution de nitrate d'argent pour dévitaliser en partie, puis un coiffage d'oxyde de zinc et de créosote sera placé sur les pulpes ainsi dévitalisées; les molaires découronnées et très sensibles seront traitées de la même façon; quant aux canaux, même après amputation de la pulpe, on les laissera sans extraire les nerfs. Les dents permanentes atteintes de carie non pénétrante seront obturées à l'amalgame; dans les cas de second degré avancé la gutta coiffera l'organe central; les caries en fissures qui se rencontrent si souvent aux dents de 6 ans devront être obturées le plus tôt possible. Enfin l'auteur recommande l'extraction des dents de 6 ans quand elles sont cariées profondément, l'extraction donnant ainsi de la place pour l'évolution des dents suivantes.

II. — La nécrose phosphorée. (*British journal of dental science.*)

Le Ministère de l'Intérieur anglais s'occupe actuellement de la question de la nécrose phosphorée et étudie le moyen d'enrayer le mal. Des dentistes choisis par le Ministère lui-même seraient chargés officiellement de la visite et du traitement des ouvriers aux allumettes. Le service est sur le point de fonctionner. Chez nous il y a longtemps qu'il doit exister; mais, quel résultat donne-t-il et comment est-il fait ?

III. — Abcès du sinus. (*Items of interest.*)

M. Marshall décrit un abcès du sinus existant depuis longtemps et qu'il a traité en conservant la racine en rapport avec le sinus. Après avoir nettoyé la racine et perforé l'apex de cette dernière, qui communiquait avec le sinus, il fit passer les injections antiseptiques par le canal de la racine et obtint la guérison de son malade.

IV. — Influence de la nutrition sur les dents des enfants. (*Journal of the British dental Association.*)

M. Kingston prétend que les enfants nourris au sein auraient en général de bonnes dents; ceux au contraire nourris autrement auraient des dents plus ou moins défectueuses. En tous cas la mauvaise nourriture jouerait un grand rôle dans l'étiologie de la carie des dents de 6 ans et de 12 ans.

V. — Contre la pulpite.

Dans le cas de pulpite aiguë ou subaiguë, la *Medical press* recommande l'usage de l'orthoforme. Ce médicament sans aucun danger, et à effets de longue durée, donne paraît-il les meilleurs résultats.

VI. — A propos des dents de sagesse. (*British journal of dental science.*)

Les dents de sagesse, mal développées chez nous en général, le sont au contraire parfaitement chez les Brahmides et les Pariahs. Le Dr Egbert a de plus constaté que ces hommes ne sont pas sujets à la carie dentaire. Leurs dents entre 30 et 40 ans sont par exemple atteintes de pyorrhée, due au dépôt de tartre accumulé entre la gencive et la dent. L'usage de chiquer les feuilles de bétel serait pour beaucoup dans la production énorme de tartre qu'il a constatée.

VII. — Obturation des dents de lait. (*Pacific medico-dental Gazette.*)

Une bonne obturation des molaires de lait serait, d'après M. Kells, la gutta rose.

VIII. — Les dentistes dans l'armée. (*British dental journal.*)

On se préoccupe beaucoup dans le monde militaire anglais du rôle que doivent jouer les dentistes dans l'armée. Il paraît que dans la guerre du Transvaal ils ont rendu aux blessés à la bouche des services signalés; aussi met-on à l'étude la question de dentistes spéciaux attachés aux régiments.

Ch. Ch.

IX. — Les oxyphosphates sont inoffensifs. (*Items of Interest.*)

L'auteur — professeur Junkerman (Cincinnati) — ne nie pas qu'il y ait des pulpes qui succombent après une obturation au ciment, mais il soutient que leur sort eût été identique avec n'importe quelle substance, une erreur de diagnostic étant généralement la cause initiale : une partie de la pulpe exposée dont on ne s'est pas aperçu. Mais si, par hasard, il survient une mortification de la

pulpe dans un 2e degré, c'est le malaxage mal fait du ciment qui en est la cause. L'excès d'acide phosphorique agit dans ce cas comme un irritant.

X. — LES OXYPHOSPHATES NUISIBLES POUR LA PULPE.

Le journal *Items of Interest* a demandé à un grand nombre de praticiens distingués leur opinion sur les inconvénients des oxyphosphates.

Le professeur Noël (Tennessee), venant après le professeur Junkerman, croit parfaitement possible la destruction des pulpes par les oxyphosphates, même en les isolant du fond de la cavité par un vernis quelconque. Il ne nie pas l'action irritante du liquide, mais attribue surtout cette action dévitalisante à la présence de traces d'acide arsénieux dans la poudre. Il est évident que les erreurs de diagnostic rentrent aussi comme cause efficiente.

Pour atténuer, dans les 2e degrés, l'action néfaste de l'oxyphosphate, l'auteur recommande d'enduire la cavité d'une couche de vernis.

Opinion du professeur Hungerford (Kansas). — Il ne croit pas à l'action nuisible des oxyphosphates dont la masse à insérer est chimiquement inerte.

L'oxyphosphate — professeur Peirce (Pensylvanie), — est un escharotique ; par conséquent il détermine de l'irritation qui peut se terminer par la mort de la pulpe ou par la formation de dentine secondaire. Il a la propriété d'atténuer la sensibilité. La présence de l'arsenic et son action ne sont pas évidentes. Les pulpes meurent sous l'aurification et sous l'amalgame, là les impressions thermiques étant seules en jeu.

Professeur Fuller (Missouri). — Il attribue la mort de pulpes sans oxyphosphate à la condition pathologique dans laquelle elles se trouvent au moment de l'insertion ou à leur exposition. Il ne croit pas à la présence d'acide arsénieux dans la poudre et il emploie toujours un vernis dont il enduit sa cavité.

Professeur Otto (Ohio). — En admettant que la pulpe ne soit initialement ni exposée ni infectée, il considère que le ciment n'en constitue pas moins une substance nuisible dont on peut prévenir les effets en l'isolant du tissu dentaire.

L'action de l'acide phosphorique est celle à laquelle, suivant le professeur Margun Vanderbilt, se rapportent tous les ennuis que les oxyphosphates peuvent donner.

Le professeur Dunbar (Californie) croit que toutes les substances obturatrices mises dans une cavité profonde constituent un danger en proportion de la conductibilité de la matière. C'est pour cela qu'il emploie l'oxyphosphate de préférence dans ces cavités.

XI. — L'OXYPHOSPHATE QUELQUEFOIS DANGEREUX. *(Items of Interest.)*

Le Dr Wedelstaedt fait porter sa communication sur trois causes qui lui semblent constituer l'actif propre du danger des oxyphosphates.

1° L'obturation sur de la dentine infectée, qui pour lui a lieu dans la plus grande majorité des cas. Alors qu'advient-il ? Les micro-organismes contenus dans cette dentine sont empoisonnés ; ils vieillissent, meurent et deviennent solubles, constituant une toxalbumine qui, jouissant de la propriété nocive des autres toxines, empoisonnent la pulpe, d'où sa mort ;

2° La persistance de l'acide phosphorique qui constitue en tant que caustique, un danger non moins grand ;

3° Enfin l'action compressive de la dentine secondaire sur la pulpe est le troisième point.

XII. — ARSENIC DANS LES OXYPHOSPHATES. *(Items of Interest.)*

L'opinion de Ames, de Chicago nous semble, en quelque sorte, plus autorisée en raison des travaux qu'il a entrepris sur ces substances. Ses communications faites en 1889 sont du plus haut intérêt.

Les traces d'arsenic, d'après Ames, proviennent du minerai de zinc, avec lequel ce métalloïde a toujours des relations de voisinage. Dans les expériences faites à ce sujet il a été démontré que certaines poudres en contenaient. D'où l'on conclut que la matière colorante mise dans les poudres pouvait être incriminée.

L'action de l'arsenic est écartée, il reste celle de l'acide phosphorique qui, elle, est réelle, mais qui ne se produit qu'avec une mauvaise technique opératoire. L'auteur l'a remarquée souvent chez certains patients, mais, pendant vingt ans de pratique et d'un emploi courant des oxyphosphates, soit pour l'obturation simple, soit pour l'insertion de morceaux de porcelaine ou de couronnes, il n'a jamais eu de dévitalisation.

XIII. — L'AIR COMPRIMÉ EN DENTISTERIE.

M. Povall, dans sa communication *(Dental Cosmos)*, ne revendique aucune découverte, mais simplement l'application de l'air comprimé, qui est à la disposition de tout le monde, pour diverses opérations, soit buccales, soit dentaires. Il passe rapidement sur l'insensibilisation de la douleur, qui est déjà un procédé sanctionné par la pratique depuis la communication du professeur Morton. Il aborde ensuite les avantages qu'on peut retirer de l'air chaud comprimé à la tension de 10 à 15 kilogs pour le desséchement des cavités, pour la

décoloration des dents, pour le traitement de la pyorrhée, pour le durcissement du ciment, pour la désinfection radiculaire et enfin pour le soudage en prothèse.

XIV. — TOXICITÉ RELATIVE DE LA COCAINE ET DE L'EUCAINE.

Le travail de M. Peck, de Chicago *(Dental Digest)*, sur ce sujet est extrêmement intéressant ; il en tire de nombreuses conclusions non moins intéressantes, que je résumerai :

1° L'action de la cocaïne est inconstante ;

2° L'action de l'eucaïne est constante ;

3° La 1re action de la cocaïne, qui s'exerce sur le cœur, est déprimante ; sur la respiration elle est quelque peu stimulante, puis cette action devient inverse ;

4° La 1re action de l'eucaïne, sur le cœur ou sur la respiration est stimulante ; elle devient par la suite déprimante ;

5° La cocaïne cause la mort des animaux par paralysie des muscles respiratoires, le cœur continuant de battre faiblement pendant un peu de temps après la cessation de la respiration ;

6° L'eucaïne cause la mort chez les animaux en paralysant les muscles du cœur et l'appareil respiratoire cessant de fonctionner en même temps ;

7° L'eucaïne, en dose toxique, donne presque toujours des nausées et occasionnent des vomissements ;

8° La cocaïne est beaucoup moins nauséeuse et cause très rarement des vomissements ;

9° L'eucaïne est certainement un diurétique, causant une hypersécrétion rénale dans la plupart des cas, quand des doses toxiques sont employées ;

10° La cocaïne ne l'est pas d'une façon appréciable ;

11° La pupille dans la plupart des cas d'empoisonnement par la cocaïne se dilate plus ou moins ;

12° Dans les cas d'empoisonnement par l'eucaïne la pupille se dilate rarement ;

13° L'action de doses toxiques d'eucaïne est plutôt celle d'un agent paralysant, tétanisant, produisant les convulsions que celle d'un anesthésiant, le réflexe plantaire et crémastérien se conservent ;

14° Les doxes toxiques de cocaïne produisent l'anesthésie généralisée ;

15° Il se produit avec la cocaïne le tétanos de tous les muscles striés des membres, et la respiration Cheynes-Stokes, il en est rarement ainsi avec l'eucaïne ;

16° La cocaïne est au moins trois fois plus toxique que l'eucaïne beta, et l'eucaïne alpha l'est autant que la cocaïne ;

17° L'eau bouillante ne détruit pas l'efficacité de la cocaïne, mais la modifie, tandis qu'elle n'a aucune action sur l'eucaïne.

Nous voyons donc l'importance pour le dentiste que ce point qui était encore douteux jusqu'ici soit à peu près fixé maintenant.

C. W.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Essai de classification des arthrites alvéolo-dentaires, par le Dr J. Redier.

Cette question des arthrites alvéolo-dentaires lui ayant paru, à juste titre, un peu confuse, M. Redier publie un essai de classification de ces affections.

Je crois qu'il a réussi d'une façon très satisfaisante et que la classification qu'il nous propose, bien qu'elle soit peut-être un peu compliquée, s'imposera, car elle semble très complète et très rationnelle.

M. Redier divise d'abord les arthrites alvéolo-dentaires en deux grandes classes :

A. Arthrites de cause locale ou accidentelle qui, ordinairement uniques, peuvent être parfois multiples et sont alors indépendantes et n'ont entre elles que des rapports de hasard ;

B. Arthrites de cause générale qui se produisent sous l'influence de certains états généraux et deviennent fatalement au bout de quelque temps des polyarthrites.

ARTHRITES DE CAUSE LOCALE. — Elles se subdivisent en arthrites traumatiques et arthrites septiques.

Les *arthrites traumatiques* comportent les arthrites occasionnées soit par des agents mécaniques ou physiques agissant brusquement avec une certaine intensité, comme un choc, une luxation chirurgicale, ou lentement, avec une intensité moindre, comme le caoutchouc écarteur et les appareils de redressement, soit par des agents chimiques, acide arsénieux, créosote, chlorure de zinc,... etc.

Les *arthrites septiques* sont de beaucoup les plus fréquentes des arthrites de cause locale ; elles comprennent :

L'arthrite tartarique, fréquente et qui, lorsque les dépôts de tartre sont durs, est à la fois mécanique et septique ;

L'arthrite consécutive à un traumatisme septique, bénigne lorsque la lésion siège au voisinage du collet, mais plus grave lorsqu'elle siège au sommet radiculaire et est produite par un instrument, une sonde non-aseptique ;

L'arthrite par propagation d'une inflammation de voisinage qui s'observe dans les conditions les plus variées : dans la stomatite

ulcéreuse, dans l'ostéo-périostite du maxillaire, la gingivite, l'inflammation primitive du sinus maxillaire ou plus simplement par propagation d'une arthrite grave du sommet d'une dent voisine. Ces arthrites septiques, par propagation d'une inflammation de voisinage, sont en général légères, de courte durée et se terminent par résolution.

L'arthrite consécutive aux caries pénétrantes rentre aussi dans le cadre des arthrites septiques et y occupe une place tout à fait spéciale. Elle se montre soit en dehors de toute intervention, soit pendant le cours du traitement, soit après l'obturation.

Arthrites de cause générale. — Les arthrites de cause générale (polyarthrites) sont aussi des arthrites septiques ou infectieuses, mais elles empruntent leur physionomie spéciale bien plus à leur cause générale prédisposante qu'à l'agent infectieux quelconque qui a été leur cause déterminante.

Tous les états qui entraînent une perturbation quelque peu durable dans la nutrition générale (maladies dystrophiques), qui diminuent la résistance de nos tissus sont des causes de polyarthrites.

On peut toutefois distinguer :

1° Une polyarthrite de la grossesse et de la puerpéralité dépourvue de gravité et que l'on confond ordinairement avec la gingivite de la grossesse. Cette confusion se retrouve d'ailleurs pour plusieurs variétés de polyarthrites, qui sont en réalité des gingivo-arthrites, mais où la gingivite joue le rôle le plus apparent ;

2° Une polyarthrite des diathèses arthritique et goutteuse bien connue sous le nom de pyorrhée alvéolaire. C'est la variété la plus fréquente, la plus grave et la plus tenace ;

3° Une polyarthrite des affections générales chroniques qui s'observe et revêt une forme particulière dans le diabète. Chez les glycosuriques, en effet « elle est ordinairement limitée, du moins au début de la maladie, aux six dents antérieures du haut et surtout du bas et s'accompagne d'une suppuration très manifeste ; elle suit remarquablement la marche de la maladie, les phénomènes inflammatoires et la suppuration diminuant quand diminue la quantité de sucre et augmentant avec elle ». Dans les formes chroniques du diabète on observe aussi de nombreuses caries à marche rapide dues à la réaction du milieu buccal devenu acide à la faveur du sucre.

Chez les albuminuriques et dans d'autres affections générales chroniques on peut observer des polyarthrites, mais moins constantes et moins caractéristiques que celle du diabète ;

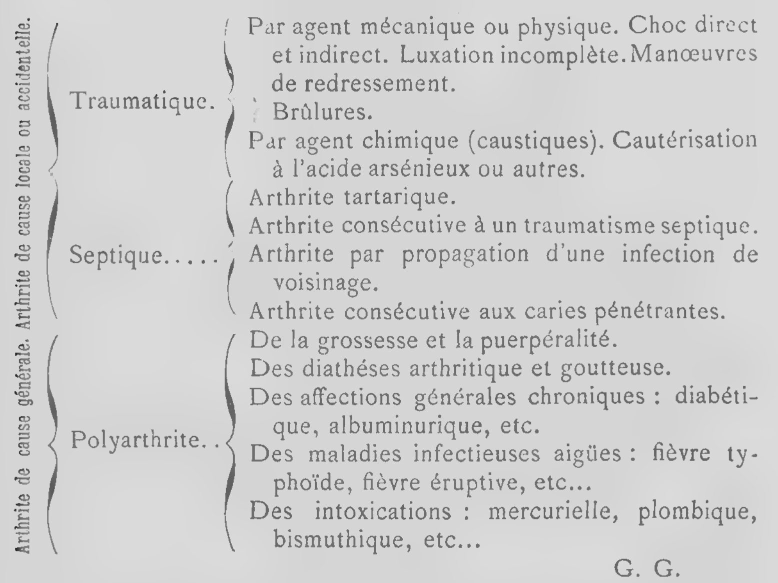
4° Une polyarthrite des maladies infectieuses aiguës, peu intense, ne suppurant qu'exceptionnellement, s'observant dans les maladies infectieuses aiguës de quelque durée ;

5° Enfin on peut distinguer une polyarthrite des intoxications, à peu près méconnue, quoique importante, et dont la polyarthrite de

l'intoxication mercurielle est le type le plus grave et le mieux caractérisé.

M. J. Redier complète cette intéressante étude par le tableau résumé suivant :

Classification des arthrites.



Arthrite de cause locale ou accidentelle.	Traumatique.	Par agent mécanique ou physique. Choc direct et indirect. Luxation incomplète. Manœuvres de redressement. Brûlures. Par agent chimique (caustiques). Cautérisation à l'acide arsénieux ou autres.
	Septique.....	Arthrite tartarique. Arthrite consécutive à un traumatisme septique. Arthrite par propagation d'une infection de voisinage. Arthrite consécutive aux caries pénétrantes.
Arthrite de cause générale.	Polyarthrite..	De la grossesse et la puerpéralité. Des diathéses arthritique et goutteuse. Des affections générales chroniques : diabétique, albuminurique, etc. Des maladies infectieuses aigües : fièvre typhoïde, fièvre éruptive, etc... Des intoxications : mercurielle, plombique, bismuthique, etc...

G. G.

PATHOLOGIE BUCCALE ET NASO--FACIALE, *moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions, par le Dr Goldenstein.*

Le Dr Goldenstein publie chez Baillière une brochure de soixante-dix pages où il relate cinq observations parmi les plus intéressantes des nombreuses observations personnelles sur la Pathologie buccale et naso-faciale qu'il lui a été donné de recueillir au cours d'une pratique de plus de quarante années.

Passons rapidement en revue ces observations.

Observation I. — Destruction de l'appareil nasal en totalité, de la voûte palatine, du voile du palais, de l'arcade dentaire supérieure, de tout l'appareil pharyngien supérieur, etc... désordres reconnaissant pour cause une syphilis non traitée.

L'appareil destiné à combler ces pertes de substances comporte :

1° Une partie intra-buccale qui s'applique sur ce qui reste de la voûte palatine, s'accroche aux quatre dents restantes et se prolonge en arrière pour reproduire le voile du palais, tandis qu'en avant elle per-

met le remplacement des quatre incisives et de la canine gauche manquantes;

2° Une partie nasale formée d'un nez artificiel ajusté sur les bords de la cicatrice extérieure et munie d'un prolongement métallique postérieur qui plonge dans les fosses nasales et y rencontre un autre prolongement métallique, émané de la partie buccale, avec lequel il s'articule. Le malade porte cet appareil depuis 15 ans.

Observation II. — Destruction d'une grande partie du maxillaire supérieur, de la lèvre et du nez, d'origine incomplètement déterminée, syphilitique ou scrofulo-tuberculeuse.

L'appareil prothétique appliqué comprenait une partie palatine s'accrochant aux dents restantes et servant de point d'appui à la partie faciale de l'appareil qui comportait le nez et la lèvre supérieure construits en celluloïd.

Observation III. — Lupus ayant amené la destruction du nez et d'une partie de la face.

Application d'un appareil prothétique qui, par sa souplesse peut obéir aux contractions musculaires de la face et est maintenu en position par un appareil palatin, de sorte que rien n'est visible à l'extérieur.

Observation IV. — Arrêt de développement de la mâchoire inférieure et absence des dents inférieures à l'exception des molaires de six ans. La malade, âgée de 15 ans, présente l'aspect d'une vieille femme édentée (menton de galoche); la salive et les aliments liquides ou semi-liquides s'écoulent par les commissures labiales.

L'auteur applique un appareil provisoire relevant progressivement l'articulation et insiste sur la nécessité de cette action lente si l'on ne veut pas produire de troubles articulaires ou musculaires pouvant occasionner des phénomènes douloureux et une gêne considérable de la mastication. Ce premier résultat obtenu, il place un appareil définitif.

Observation V. — Squelette nasal perfectionné.

Cette observation, présentée en 1897 à l'Académie de médecine, rapporte le cas de ce malade qui, ayant tenté de se suicider, avait détruit sa charpente nasale ostéo-cartilagineuse. Il fut d'abord soigné par le Dr Martin, de Lyon. En 1893-1894 M. Goldenstein lui appliqua son squelette nasal métallique à glissière. Je ne décrirai pas cet appareil bien connu de tous mes confrères.

M. Goldenstein termine son intéressant travail par un historique rapide de la rhinoplastie chirurgicale. J'aurai tout dit lorsque j'aurai signalé les nombreuses planches qui illustrent cette brochure d'une façon très artistique.

G. GROSS.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Le nombre des communications et des démonstrations promises vient d'être porté de 125 à 160 environ par l'envoi de la liste des travaux de confrères américains, parvenue depuis notre dernière information. Nous relevons parmi les noms des auteurs annoncés, ceux de MM. Harlan (Chicago), T. W. Brophy (Chicago), Andrews (Cambridge), E. C. Kirk (Philadelphie) et des plus connus de nos confrères des États-Unis.

M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, a bien voulu, comme nous l'espérions, accepter la présidence de l'assemblée générale d'ouverture du Congrès.

Nous rappelons que l'administration de l'Exposition a décidé que l'entrée serait accordée gratuitement aux congressistes pendant la durée du Congrès sur la présentation de leur carte.

La circulaire générale d'avril a été adoptée par M. le Délégué principal des Congrès et sera publiée prochainement par les soins du Gouvernement.

Logement à Paris. — Les " Voyages Pratiques " sont à même d'assurer le séjour à Paris aux Congressistes et à leurs familles pour la période du Congrès aux prix suivants, à charge d'en faire la demande au moins un mois à l'avance.

A — **6** fr. **50** par jour et au-dessus.
B — Quelques chambres à **5** fr. **50** par jour.
4 » —
3 fr. » à **3** fr. **50** en dortoirs.
C — De petits appartements meublés à partir de **270** francs par mois.

Ces prix s'entendent : service et éclairage compris.
Les logements sont, en principe, situés dans les quartiers en contact avec celui du Congrès.

Les prix ci-dessus ne concernent que le logement, mais il est toujours plus facile de trouver des prix raisonnables en prenant la pension complète.

Le nombre des chambres dans chaque catégorie est limité. Aucun

logement ne sera réservé si la demande n'est accompagnée du montant; la somme envoyée sera remboursée à Paris s'il n'y avait plus, au moment de la demande, de logements libres dans les prix indiqués.

En écrivant, bien indiquer : le nombre de personnes, le genre de lit, la date d'arrivée, la durée du séjour.

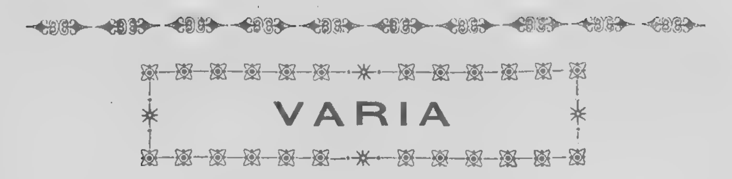
Adresse télégraphique : Buenos-Paris ; téléphone 280-99.

Pour les versements on peut envoyer soit lettre chargée, soit mandat ou chèques à l'ordre de M. Junot, 9, rue de Rome, Paris.

Cotisations

M. G. Viau (47, boulevard Haussmann), trésorier du Congrès, prie les adhérents de vouloir bien lui adresser le montant de leurs cotisations le plus tôt possible. Un reçu de 25 fr. 50 (frais de recouvrement compris) sera présenté par les soins de la Société Générale à ceux qui ne se seraient pas acquittés dans le délai d'un mois après l'envoi de leur bulletin d'adhésion.

Tous les dentistes français et étrangers ayant dans leur pays la pratique légale peuvent faire partie du Congrès.



UNE STATUE A TALMA

La fièvre des statues, qui semblait en accalmie, se réveille plus brûlante. On nous signale, en divers points, des effets singuliers : comme on a épuisé, ou peu s'en faut, les célébrités locales en tous les genres, on se rabat maintenant sur les comédiens.

Ce n'est certes pas que je fasse fi de l'art du comédien, mais il faut convenir que cet art est secondaire. Le comédien interprète, mais ne crée pas ; il ne donne que l'impression du moment, ne laisse que le souvenir vague, rien de plus. Qu'en reste-t-il la rampe éteinte ? Alors c'est peut-être beaucoup, une statue, pour celui ou celle qui, en somme, a plus ou moins habilement exercé une profession, plutôt qu'il n'a produit des chefs-d'œuvre. Peut-être serait-il plus sage de réserver la glorification suprême pour ceux qui ont rendu des services à l'humanité.

Quoi qu'il en soit, je vois qu'en deux communes du Nord de la France, à Condé-sur-Escaut et à Poix, on inaugurera plus ou moins prochainement des monuments en l'honneur et à la mémoire de deux illustrations de la scène française. A Condé, c'est la tragédienne Clairon qui aura son buste ou sa statue, je ne saurais dire ; à Poix, c'est le tragédien Talma.

La statue de Clairon ne se justifie guère. La tragédienne est célèbre, sans doute, mais il y en a bien d'autres de célébrité au moins égale, qui n'auront pas leur effigie. Puis, il faut en convenir, la femme fut plus curieuse encore que l'artiste. Sa vie toucha aux deux pôles; ce fut un incroyable roman de faste et de misère. Nous en avons parlé déjà, nous vous le conterons quelque jour. Or, ce n'est pas à la femme que s'adresse l'hommage, c'est à la tragédienne. Eh bien! ce sera, quand même, un enseignement philosophique. Ceux qui regarderont la statue se reporteront, malgré eux, aux incidents de cette vie accidentée et verront de quel clinquant est faite la gloire même la plus sonore.

La statue de Talma me semble plus justifiée; elle pourra suffire pour symboliser, dans son expression la plus parfaite et aussi la plus honorable, cet art fugitif des comédiens.

*
* *

C'est à Poix, disions-nous, que s'élèvera cette statue. Mais le

piquant de l'aventure, c'est que Talma n'est pas né dans la petite ville; il y a même quelques chances que jamais il n'y ait mis les pieds. Talma est né à Paris. Il est vrai que, de son aveu même, beaucoup de membres de sa famille résidèrent dans le Nord et même à Poix (pourquoi pas ?) — D'ailleurs, l'influence qu'il exerça sur le théâtre en France est assez grande pour qu'il mérite une place à part dans la confrérie qui peut, vraiment, le prendre comme patron. — A ce compte, autant et mieux peut-être ériger sa statue que celle d'un autre et glorifier sa mémoire, fût-ce même dans une ville où il n'est pas né.

Talma est de janvier 1763. C'est, d'ailleurs, à sa mort seulement qu'on connut la date de sa naissance. Toute sa vie il mit de la coquetterie à cacher son âge : « Ne savez-vous pas, disait-il, que les comédiens, comme les jolies femmes, ne doivent pas vieillir ? Le doute leur est profitable. » Sa mère s'appelait Anne Mignolet. Quant à son père, Michel-François-Joseph Talma, il était valet de chambre, et ce fut son oncle, Philippe Talma, simple cuisinier, qui le « tint — comme l'on dit — sur les fonts baptismaux ». Le célèbre tragédien n'était pas de souche aristocratique.

Son père, qui fut homme de confiance, en service chez un Anglais, suivit son maître à Londres, laissant son fils dans une pension particulière, à Paris. Le jeune Talma, ses études achevées, rejoignit son père en Angleterre. Ce dernier, qui avait jeté la souquenille de valet de chambre aux orties, avait ouvert un cabinet de dentiste et apprit à son fils les finesses de sa nouvelle profession. Mais l'étude de Shakespeare et la représentation de ses chefs-d'œuvre, dans leur idiome national, étaient d'un bien autre attrait que « l'extraction des molaires » pour l'imagination ardente du jeune homme. Je croirais même volontiers que ce fut cette fréquentation du grand tragique anglais, sous les formes de son répertoire, qui apprit au jeune Talma l'art d'être humain et naturel, ces deux qualités qu'il posséda admirablement, et par la possession desquelles il révolutionna la tragédie empesée, froide, solennelle et majestueuse, comme on la comprenait avant sa venue. C'est assurément de l'Angleterre qu'il rapporta le secret de la mélancolie d'Hamlet et des fureurs jalouses d'Othello.

Il ne tarda pas à se joindre à des comédiens amateurs et son succès fut grand, si grand que lord Harcourt alla trouver son père pour l'engager à mettre au théâtre ce fils qui faisait preuve de tant de belles dispositions. Le père allait céder, et Talma eût été sans doute une illustration de la scène anglaise, si le hasard des circonstances ne l'avait alors ramené à Paris. Ce hasard-là fit bien les choses en restituant notre compatriote à l'art national.

*
* *

A son retour, tout en continuant l'exercice de sa profession de dentiste, Talma se fit recevoir au Conservatoire de déclamation, qui avait alors un mois d'existence. Il y suivit les cours de Dugazon, de Molé et de Fleury. Ses débuts se firent deux ans ans plus tard et furent modestes. Il connut alors un ennui, qui s'est perpétué jusqu'à nous : les premiers emplois étant tenus par des chefs, qu'on ne dépossédait guère, le débutant se trouva confiné dans les « troisièmes rôles ».

L'inaction pesait à son activité. Lié d'amitié avec le peintre David, il allait souvent à son atelier et c'étaient alors des entretiens sans fin sur l'histoire, les monuments, les mœurs de l'antiquité. C'est ainsi que le tragédien rêva d'accomplir au théâtre la réforme du costume que le peintre imposait déjà dans ses tableaux.

On jouait en ce temps-là la tragédie grecque ou romaine avec les costumes les plus ridicules : habits de satin, perruques poudrées, souliers à talon et gants à franges... Aussi, quand il apparut, pour la première fois, au foyer des artistes, revêtu d'une toge et chaussé de sandales, il fut hué par ses camarades, et la charmante Emilie Contat, qui ne savait si bien dire, s'écria :

— Ah ! qu'il est laid ! Il ressemble à une vieille statue.

Talma, pour toute réponse, déroula un croquis que David lui avait dessiné pour modèle.

Quant au public, étonné, abasourdi, d'abord, de ce qu'il voyait pour la première fois, il hésita un moment, puis applaudit à tout rompre. La cause du tragédien était gagnée.

*
* *

Talma avait épousé Julie Carreau, une femme d'un esprit libéral, ouvert, distingué, qui était de sept ans plus âgée que lui, mais encore de grande beauté. Elle réunissait en son salon tout ce que Paris comptait de littérateurs et d'artistes célèbres. Séduite par le talent du tragédien et aussi par ses charmes personnels, elle l'épousa, lui apportant quarante bonnes mille livres de rente ce qui pour l'époque était une fortune considérable. Un de ses principaux apports fut cet hôtel de la rue Chantereine, qui devint plus tard la demeure de Joséphine Beauharnais.

Au cours de sa vie d'artiste, alors qu'il en était encore à ses débuts, Talma avait fait connaissance d'un officier venu à Paris pour la revision des grades. Il l'avait rencontré, un jour, traversant la rue des Filles-Saint-Thomas d'un pas gauche et incertain, mal vêtu, coiffé d'un chapeau rond aux bords luisants, enfoncé sur les yeux, laissant échapper ses cheveux mal poudrés à l' « oreille de chien », les mains nues et calleuses, les jambes maigres flottantes en des

bottes trop larges, rapiécées et mal cirées, le teint jaune avec des transparences de cire. Il s'appelait Napoléon Bonaparte. Ils se lièrent d'amitié, et quand l'officier maigre fut devenu l'empereur gras, celui-là n'oublia point son ami des premiers jours.

Le tragédien resta toujours dans les bonnes grâces de l'empereur. On raconte même qu'il lui apprit à draper le manteau impérial qu'il portait au sacre.

C'est dans le salon de Mme Tallien, où il fréquentait assidûment, que Bonaparte connut plus intimement Talma. C'était au Cours-la-Reine, au coin de l'allée des Veuves — aujourd'hui avenue Montaigne — qu'était située la maison de la reine de la mode ; « la Chaumière », ainsi s'appelait ce chalet singulier, recouvert en chaume et entouré de fleurs comme un décor d'opéra-comique. A l'intérieur, cela ressemblait à un temple grec, où s'encadraient, en harmonie, les toilettes des femmes renouvelées de l'antique.

*
* *

Pour en revenir à l' « artiste », ce fut surtout après la réunion des deux troupes, en 1799, que sa supériorité apparut flagrante, et pendant vingt-cinq ans il tint sur la scène française la première place, sans rivalité.

Il y eut la goutte d'amertume dans cette carrière artistique admirable. Le critique des *Débats*, Geoffroy, qui exerçait une puissance de contrôle très éclairée, mais d'une partialité fâcheuse, le harcela de coups d'épingle injustes et continuels. Le tragédien en fut très affecté et eut peine à se contenir. On raconte même qu'un jour, débordant d'impatience, il entra dans la loge qu'occupait le critique, au cours d'une représentation, et le secoua vertement. Procédé de justice sommaire, d'ailleurs peu acceptable.

Talma termina sa carrière théâtrale, plus que sexagénaire, par deux de ses plus remarquables créations : celles de Richard III dans *Jane Shore*, et de Charles VI dans la tragédie de ce nom. Il succomba le 19 octobre 1826, à la suite d'une imprudence, ayant voulu jouer quand même ce dernier rôle à peine en convalescence d'une maladie grave.

L'existence du célèbre tragédien, toujours droite et correcte pendant les périodes les plus troublées, est la plus belle dont puisse s'enorgueillir la scène française. Ce fils de valet de chambre, qui, par la perfection de son art, en vint, à l'exemple de Molière, à conquérir la première place, est certainement une exception digne de remarque, et il est certain que si l'on croit devoir honorer d'une statue la mémoire d'un artiste dramatique, on ne peut mieux choisir, puisqu'en celui-là se trouvent réunies les qualités de l'honnête homme et du grand artiste.

FÉLIX DUQUESNEL. (*Petit journal.*)

Nouvelles a la main.

Débinage :
— Madame X... est jolie...
— Mais elle a de bien vilaines dents !
— Et larges !
— Et longues !
— Elles *déchaussent* au moins du trente-neuf !

Le nain jaune. (Echo de Paris.)

Examen a l'Ecole Dentaire.

La dentition humaine comprend les premières dents ou dents de lait, qui sont temporaires, puis les incisives, les canines, les molaires... Quelles sont celles qui viennent en dernier lieu ?

— Les fausses dents, m'sieu !

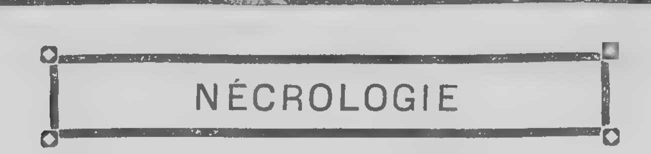
(La République Française.)

On nous communique une réclame de dentiste en 1802. La voici dans toute sa saveur :

Le citoyen Thierry, officier de santé, élève et successeur de feu M. Brocard, célèbre chirurgien-dentiste de son temps, nouvellement arrivé à Paris, après avoir parcouru pendant dix-huit ans divers départements de la république, offre ses services et ses talents au public, dont il espère mériter la confiance.

Les personnes jalouses de conserver leurs dents en bon état, « comme celles qui sont affligées de cors aux pieds », peuvent s'adresser au citoyen Thierry, soit au mois, soit à l'année, le tout à un prix raisonnable.

Ce cumul n'était-il pas engageant ?



VERDIER (Antoine)

M. A. Verdier, vient de mourir à l'âge de 68 ans, dans la propriété de Frogers-Saint-Viatre (Loir-et-Cher), où il s'était retiré lorsqu'il cessa d'exercer notre profession. M. Verdier passait à juste titre pour un des meilleurs praticiens de sa génération. Vers 1860 nous le voyons figurer dans les mouvements professionnels, restés malheureusement sans résultats, qui avaient pour but le relèvement de la corporation en France.

Nous exprimons à sa famille nos plus vifs regrets.

FERNAND PERREGAUX

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Fernand Perregaux, élève de troisième année à l'École dentaire de Paris.

Nous adressons à sa famille l'expression de notre sympathie en présence de cette cruelle épreuve

Mlle BARBERET

M. Barberet, chef du bureau des institutions de prévoyance au Ministère de l'Intérieur vient d'avoir la douleur de perdre sa fille Mlle Augustine Barberet, à l'âge de 34 ans.

Nous prenons une part bien vive à l'affliction de M. Barberet et de sa famille.

NOUVELLES

NOMINATION DE CHEFS DE CLINIQUE.

Après un brillant concours MM. Charpentier et Weber, deux de nos collaborateurs habituels, ont été nommés chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous sommes heureux de leur adresser toutes nos félicitations.

E. P.

MARIAGE DE M. TIREAU.

Le mariage de M. Tireau, l'un des successeurs de M. Lecaudey, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Seners a eu lieu le samedi 28 avril.

Tous nos compliments à notre confrère.

MARIAGE DE M. FOUQUET.

M. Fouquet, chirurgien-dentiste, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, a épousé le 28 mars dernier, Mlle Jane Millet.

Nous lui adressons nos félicitations.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES DENTAIRES.

L'assemblée générale ordinaire de la *Société française de fournitures dentaires* qui s'est tenue au siège social, 58 *bis*, *rue de la Chaussée d'Antin, à Paris*, le 23 avril dernier, a voté la distribution d'une somme de 6 fr. par action à compter du 1er mai 1900. Cette somme, qui comprend intérêt et dividende, a été votée à l'unanimité à la suite des rapports faits tant par la gérance que par le Conseil de surveillance. Cette assemblée générale avait notamment pour but d'arrêter le bilan du premier exercice de la Société, fixé par exception du jour de sa constitution définitive le 31 août 1899 au 31 décembre suivant. Nous remarquons dans ce bilan qu'après avoir mis en réserve et amorti sur divers comptes une somme de 13.000 fr., il reste un bénéfice de 25.085.75 fr. La prudence avec laquelle est menée cette affaire a engagé l'assemblée générale, sur la proposition du gérant, à reporter sur le prochain exercice une somme de 12.974.30 fr., tout en distribuant un dividende s'élevant à un revenu de plus de 7 0/0 par an.

Manuel du chirurgien dentiste. Notions générales de pathologie, par le Dr A. MARIE, professeur à l'École dentaire de Paris. Préface de M. le profeseur agrégé LAUNOIS. 1 vol. in-16 de 272 pages, cartonné *(Collection Godon)*. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris . . . . 3 fr.

En dehors de connaissances approfondies sur les maladies spéciales des dents et de la bouche, les dentistes doivent posséder des notions de pathologie générale et de pathologie interne et externe qui leur permettent d'exercer leur profession avec toute la compétence voulue.

Sous le titre de *Notions générales de pathologie*, M. le Dr A. MARIE, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, publie, dans la collection du *Manuel du chirurgien dentiste*, dirigée par le Professeur GODON, un exposé des affections que le dentiste ne doit pas ignorer.

Dans la 1re partie sont exposées les *maladies générales* infectieuses et non infectieuses : si la connaissance de quelques-unes n'intéresse que peu le dentiste, il doit cependant connaître leurs manifestations bucco-pharyngées ; il en est d'autres, comme la syphilis ou le diabète, qui, en raison des lésions qu'elles déterminent sur la muqueuse de la bouche, doivent attirer son attention.

La 2e partie est consacrée aux affections des divers appareils : les affections de la gorge et du cou sont étudiées en détail.

Ce Manuel se présente sous les auspices du Dr LAUNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 121. — I. *Un dentiste patenté a-t-il le droit d'envoyer son opérateur non diplômé ni patenté régulièrement une fois par mois dans une localité à l'hôtel pour le remplacer ?*

II. *Un chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine a-t-il le droit de prendre le titre de médecin-dentiste ?*

III. *Les chirurgiens-dentistes diplômés sont-ils admis à subir leur thèse de doctorat ?* *M. o. 19.*

☞ *Réponse.* — I. Le dentiste n'a pas le droit de se faire *remplacer* par une personne qui n'est pourvue ni d'un diplôme ni d'une patente.

La périodicité des réceptions de clients dans un hôtel de la localité donnerait au mandat conféré à l'opérateur, agissant isolément, le caractère de l'exercice professionnel, précisément interdit par l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892.

II. Nous avons déjà maintes fois répondu à cette question.

Le titre de médecin ne saurait appartenir qu'à une personne munie du diplôme de docteur en médecine.

En user sans ce diplôme serait contrevenir à la loi.

III. Pourquoi non, du moment qu'ils remplissent les conditions fixées par la loi pour l'obtention du diplôme de docteur ?

F. W.

☞ *Autre réponse.* — II. L'Etat français a créé le titre de *chirurgien-dentiste* par la loi de novembre 1892. Ce titre est conféré aux impétrants, s'ils ont passé les examens *ad hoc*, d'une façon satisfaisante, par *une* Faculté de médecine. Toutefois, celle-ci ne les autorise nullement à changer leur qualification de *chirurgien-dentiste*, en celle de *médecin-dentiste*, que *seuls*, s'ils le veulent, peuvent prendre les *docteurs en médecine* et *officiers de santé*.

III. Les *chirurgiens-dentistes diplômés* tout comme les simples *patentés* et les autres mortels non dentistes, ont le droit de subir leur thèse de doctorat en médecine :

1° S'ils sont bacheliers ;

2° S'ils ont *seize inscriptions de doctorat en médecine* :

3° S'ils ont satisfait à tous les examens de doctorat dont la thèse n'est que le couronnement.

Le fait d'avoir subi des examens de *chirurgien-dentiste* devant une Faculté de médecine n'entraîne nullement avec lui de privilège ou de dispensé au point de vue des études de médecine générale.

Dr G.

? N° 122. — *Quel est le dentiste allemand qui a conseillé l'alcool propylique contre la carie et la douleur dentaires ?* *A. M.*

? N° 123. — 1° *Existe-t-il une table pour pratiquer l'anesthésie générale et l'extraction des dents suivant la méthode de Rose, c'est-à-dire la tête pendante?*

2° *Si elle existe, quel en est l'inventeur? Quel en est le système? Quel en est le prix?*

SAM.

? N° 126. — *Un coiffeur patenté comme tel en 1878, en Algérie, et qui exerçait déjà ce métier avec patente, à une époque antérieure à la promulgation en Algérie de la loi sur l'art dentaire, a-t-il qualité pour exercer l'art dentaire?*

L. V.

☞ *Réponse.* — La prétention du coiffeur nous paraît ridicule, et il nous semble impossible que des poursuites ne soient pas exercées contre lui, s'il exerce l'art dentaire, sans être muni régulièrement d'un diplôme, du moment qu'il ne peut justifier du paiement d'une *patente en qualité de dentiste*, à l'époque antérieure à la promulgation en Algérie de la loi sur l'art dentaire.

L'article 35 de la loi de 1892 parle des conditions d'application de cette loi à l'Algérie.

Or, l'article 32 de cette loi est formel et ne réserve le droit transitoire de continuer d'exercer la profession qu'a tout dentiste justifiant, etc.....

La loi ne dit pas: à tout dentiste ou à tout autre commerçant.

Voilà qui est décisif. Dès lors, doit être applicable à tout contrevenant l'article 19, § 2 de la loi du 30 novembre 1893, qui punit d'amende, et même de prison en cas de récidive, l'usurpation du titre de dentiste.

F. W.

? N° 127. — *D'après la loi de 1892, un chirurgien-dentiste peut-il s'adjoindre pour se faire seconder et remplacer au besoin un opérateur n'ayant ni diplôme ni patente?*

J. L.

20e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1900 VOL. XXIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

UNE OBTURATION IDÉALE

PAR M. W. HIRSCHFELD, D. D. S.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 1er mai 1900.)

L'introduction des blocs en porcelaine marque un grand pas vers l'idéal que notre profession se fait de la conservation des dents. Il est hors de doute que ce mode d'obturation réunit à peu près tout ce que nous pouvons demander à une obturation, c'est-à-dire l'apparence naturelle, la parfaite adhérence et l'inaltérabilité absolue.

Cependant il lui manque une qualité essentielle : la durée infinie. Tant que le ciment formera la base de la fixation de ses blocs, nous conserverons un doute quant à leur durée. Nous aurons beau obtenir des contours irréprochables, nous savons que tôt ou tard une ligne de séparation entre la porcelaine et la dent se tracera fatalement par la dissolution inévitable du ciment. Dans ces conditions il sera intéressant de décrire ici une autre méthode d'obturation basée sur le même principe que les porcelaines, mais qui supprime par un procédé différent tout danger d'infiltration d'humidité. Comme il n'y a dans notre art comme en toute chose rien d'absolument parfait, nous

avons dans cette obturation un gros inconvénient : son apparence, qui, *a priori*, empêche son application dans les cavités exposées à la vue. Mais sa durée est si sûre que nous devrions bien l'admettre dans notre pratique quotidienne.

Ce genre d'obturation est basé sur l'emploi combiné de l'amalgame et du ciment.

L'amalgame est par lui-même un de nos meilleurs agents pour la conservation infinie des dents. Il a sur l'or le grand avantage d'un emploi plus facile et d'une conservation plus sûre des bords gingivaux, ce terrible écueil de nos efforts. Ce que nous lui reprochons avant tout est son oxydation, qu'il propage à toute la dent, et ensuite le rétrécissement de sa masse. Le problème à résoudre est donc celui-ci : trouver le moyen de faire une obturation en amalgame, ne noircissant pas les dents, n'occasionnant pas de rétrécissement.

On a cherché longtemps la solution de ce problème dans la composition du métal même, en modifiant son alliage par la proportion plus ou moins variable d'or, de platine, de cuivre, etc., etc. Mais, d'après moi, toute expérience doit fatalement échouer de ce côté, étant donné que c'est la présence du mercure qui doit décolorer la substance dentaire. Quant au rétrécissement plus ou moins étendu en proportion du volume de l'obturation, il me semble que les parois de la dent par leur porosité doivent faciliter une infiltration d'humidité s'ils sont en contact direct avec l'amalgame.

Dans ces conditions l'idée d'établir un isolateur entre la cavité et le métal était tout indiquée.

Le premier, qui, à ma connaissance, a proposé cette solution était un dentiste autrichien, le D[r] Robiszck.

En 1892 parut dans la principale revue dentaire de Vienne un article de ce praticien (doublirte Füllungen, en français obturations doublées). Son auteur y a développé son idée d'employer le ciment pour isoler la dent contre l'influence pernicieuse de l'amalgame et en empêcher en même temps son rétrécissement.

Quelques années après, le professeur Sachs, de Breslau,

proposa une modification de cette méthode, en mélangeant directement le ciment avec l'amalgame. Au premier abord cette idée paraissait extrêmement bonne : aucune obturation ne semblait réunir les qualités de ce nouveau produit. Cependant son auteur lui-même reconnut loyalement s'être trompé dans ce qu'il attendait de son procédé : les obturations faites avec le mélange de ces deux matières commencèrent à se dissoudre au bout d'un temps relativement court. Sous l'action de la salive les parties en ciment fondirent pour laisser une surface rugueuse d'un fort vilain aspect. Bref, la solidité de ces opérations n'égalait même pas les simples ciments. Force était donc de renoncer à ce mode d'employer l'amalgame et de revenir à l'idée du Dr Robiszck, qui a trouvé en Allemagne et en Autriche une faveur des plus marquées. Personnellement, après deux ans d'expérience, je n'hésite pas à qualifier cette opération d'idéale sous les rapports de ses résultats parfaits. Le *modus operandi* est des plus simples.

La dent étant préparée comme d'habitude, en ayant toutefois grand soin d'établir des bords parfaitement lisses, la digue placée et une sécheresse absolue obtenue, on prépare son amalgame en boulettes plutôt sèches. On mélange ensuite un peu de Poulson assez peu épais, avec lequel on enduit soigneusement toutes les parties intérieures de la cavité d'une couche mince. Pendant que le ciment est encore mou on introduit la première boulette d'amalgame, qu'il s'agit de bien faire pénétrer dans le ciment. Le succès de l'opération dépend uniquement du détail suivant : le ciment doit former un revêtement complet de la cavité, mais ne doit — en aucun cas — en dépasser les bords.

En effet, n'oublions pas que si la moindre partie de ciment reste exposée à l'action de la salive, nous établissons ainsi « des fuites » qui mineront inévitablement le corps de l'obturation entière. Il faut donc avoir soin, après l'introduction de la première boulette d'amalgame, de ne laisser venir le ciment que jusqu'aux bords, qu'il faut dégager bien nets avec un petit instrument coupant. Nous possédons maintenant une base solide pour le reste de l'obturation, dont nous

pouvons encore augmenter la fixation en faisant de légères excavations dans la première couche de l'amalgame.

Nous complétons l'obturation en ajoutant l'amalgame par boulettes condensées au fur et à mesure comme d'habitude.

Qu'il me soit permis d'examiner ici quelques cas spéciaux où ce genre d'obturation est particulièrement indiqué : je veux parler de la conservation des bicuspides supérieures qui, trop cariées pour l'aurification, ne supporteraient plus que l'obturation simple en ciment.

C'est un fait incontestable que cette catégorie de dents nous occasionne bien plus de difficultés pour la conservation que presque toutes les autres. Etant donné leur peu de profondeur, elles sont moins aptes à retenir une obturation métallique que les molaires. Quand nous sommes appelés à obturer deux cavités proximales entre deux prémolaires, nous voyons, en général, l'une s'étendre sur la partie inférieure de la dent qu'il s'agit de restaurer. L'emploi d'une matrice s'impose alors. La meilleure pour ces cas est celle que nous faisons nous-mêmes en découpant dans des feuilles d'acier rigide et mince des morceaux appropriés à l'interstice, ployés en surface convexe. Ces matrices dégagent d'une façon extrêmement nette le bord gingival de ces dangereuses cavités. Elles se maintiennent, en même temps, fermes entre les deux dents, tout en laissant un peu de jeu, permettant ainsi un léger débordement de l'obturation sur les côtés.

Une fois les cavités préparées, la digue appliquée, condition *sine qua non*, le remplissage de la cavité la moins large doit s'effectuer en suivant le procédé détaillé plus haut. Une fois celle-ci entièrement terminée, nous préparons la matrice pour l'autre. Ici un détail de grande importance : il faut tout d'abord achever la base de l'obturation tout autour des parois intérieures de la dent avant de fixer la matrice, celle-ci ne devant servir qu'à déterminer les contours de l'obturation futur. Il faut donc procéder par l'introduction du ciment d'abord, suivi d'une boulette d'a-

malgame et du dégagement absolu des bords de la dent de toute trace de ciment.

Ce n'est que maintenant que nous pouvons terminer l'opération après avoir mis en place la matrice.

La méthode de Herbst, qui consiste à se servir pour la condensation de l'amalgame de fraises à brunir, est ici d'un excellent secours. Quand on a soin d'un amalgame assez sec, on arrive par la force de rotation de la machine à faire une obturation d'une dureté extraordinaire. Cependant un petit inconvénient ne doit pas rester inobservé : la machine finit par faire sortir le surplus de mercure, et avant d'arriver aux derniers morceaux il faut bien enlever toute partie de mercure par des fragments de feutre.

Il est donc prudent de finir l'obturation avec des fouloirs à main et de durcir la surface définitive par la force d'absorption de cylindres d'or de Williams. Par cette méthode nous obtenons une surface vraiment forte, « très métallique ».

Pour que ces plombages donnent réellement tout ce que nous attendons d'eux, il est de toute nécessité de procéder — une fois l'amalgame durci — à un polissage aussi minutieux que s'il s'agissait de finir une belle aurification. Il faut toutefois se garder d'abuser dans ce but des disques en papier pour ne pas établir des interstices gênants entre les deux obturations.

L'opération faite scrupuleusement d'après cette méthode donne des résultats vraiment satisfaisants. On peut être sûr que ni la dent ni l'obturation ne noirciront et que le fâcheux rétrécissement ne se produira jamais. Ce que nous avons fait en réalité, ce sont des blocs métalliques enchâssés dans du ciment, mais fermant hermétiquement la dent ; c'est cette dernière qualité qui leur donne un avantage considérable sur les blocs en porcelaine. Néanmoins l'idée de combiner les deux genres de blocs est indiquée pour des incisives très cariées avec des défectuosités visibles. Dans des cas semblables où tout d'abord l'aurification ne saurait être tentée, où le bloc en porcelaine seulement ne semblera pas

assez solidement fixé, nous aurons un excellent auxiliaire avec l'amalgame et le ciment.

Après avoir rempli la dent comme il a déjà été indiqué, après avoir soigneusement poli l'amalgame durci, on peut en faire sur le devant de l'incisive une nouvelle cavité dans l'amalgame avec l'intention de la remplir par un bloc en porcelaine. Si cette opération est faite consciencieusement, nous aurons des obturations non seulement très belles d'aspect, mais en même temps très solides, les blocs en porcelaine se maintenant facilement dans leur lit d'amalgame.

Enfin il convient de dire un mot de la restauration de couronnes partielles ou entières à l'aide d'amalgame et ciment.

Comme dernière ressource de conservation de ces dents nous avons recours en général à la couronne en or. Ces opérations donnent sans doute beaucoup de satisfaction, mais je suis presque tenté de leur préférer une solide obturation restaurant le contour de la couronne. Voici mon raisonnement :

La coiffe en or et le bloc en porcelaine se ressemblent sous le rapport de leur adhésion plus ou moins intime à la dent ; tous les deux dépendent en somme de la fixation par le ciment. Il est donc évident qu'une fois le ciment autour de la dent fondu, nous voyons se créer sous la coiffe des foyers de fermentation finissant par donner une mauvaise haleine à la personne. C'est pour cela qu'une obturation solidement ancrée dans la dent pourra conserver plus sûrement une couronne très cariée. Le succès dépend ici, comme pour les grosses obturations entre deux bicuspides, de l'emploi d'une matrice pratique. C'est le Dr O'Bryan, de Bâle, qui nous a doté de l'invention d'une matrice vraiment géniale pour cette spécialité.

Son idée, qu'il a exposée dans le *Dental Cosmos* de 1898, consiste dans l'usage d'anneaux en acier fort mince de différentes grandeurs, représentant exactement la coiffe en or sans couvercle et s'adaptant intimement à toutes les molaires et prémolaires. Ces matrices étant de l'épaisseur du papier

de soie rentrent même entre deux dents très serrées et, quand on a eu soin de choisir la grandeur exacte, on arrive à obtenir le contour précis des parties disparues.

Ces dents sont presque toujours des dents mortes permettant d'utiliser les racines pour l'établissement de pivots en platine.

Nous arriverons alors à construire des obturations d'une solidité hors ligne, qui remplaceront souvent avantageusement la coiffe en or.

Les praticiens qui tenteront cette combinaison de l'amalgame avec le ciment éprouveront certainement quelques petites difficultés au début. Il faut un peu d'expérience avant de pouvoir faire l'opération avec la netteté qu'elle exige, mais une fois qu'ils seront familiarisés avec elle, ils auront un précieux auxiliaire dans cette spécialité. La satisfaction de pouvoir donner une garantie certaine de la conservation d'une dent vaut largement ce petit surcroît de peine.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿ *président*.
Dr Roy, *vice-président*.
Choquet, *vice-président*.

MM. **de Marion** ✿ *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Gross, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng**, I ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✻, ✿ **et Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.

MM. **De Marion**, ✿, *secrétaire général*.
Billet, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✻, ✿, **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, **Godon** ✻, ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ⚙, ✿, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✿, **Stévenin**.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✻ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



NÉCROSE PARTIELLE DE L'ALVÉOLE AVEC MORTIFICATION DE LA PULPE DENTAIRE, A LA SUITE D'APPLICATION CONTINUE D'ALCOOL PUR

Par M. A. Indjeyan, chirurgien-dentiste

Dans le courant de mars, notre ami le Dr L. vient chez moi, accompagnant Mme C., qui souffre d'une névralgie faciale depuis près de deux mois.

En examinant la bouche, nous la trouvons dans un parfait état ; quant aux dents, nous voyons que la deuxième grosse molaire inférieure gauche est légèrement cariée et présente une dénudation avec nécrose de l'alvéole entre l'incisive médiane et l'incisive latérale gauche de la mâchoire inférieure, sans que ces dents offrent la moindre trace de carie.

La carie de 1er degré avancé de la grosse molaire n'étant pour rien dans cette névralgie intense, il nous restait un autre diagnostic à porter : *névralgie occasionnée par la dénudation et la nécrose de l'alvéole.*

Mais une seconde question capitale se posait : à quoi était due cette lésion elle-même ? L'état général de la malade étant parfait et sa bouche en bon état, nous avions écarté les causes générales et les causes prédisposantes ; il ne nous restait plus qu'une source : les causes occasionnelles.

En examinant de près, nous voyons que l'aspect de cette nécrose avait quelque chose de caractéristique ; elle ressemblait beaucoup à la nécrose produite par l'acide arsénieux. Mais les dents contiguës à la partie nécrosée n'étant pas cariées et la malade n'ayant jamais consulté un spécialiste, il nous était impossible d'accepter cette hypothèse.

Les questions que nous avons posées à la malade ne nous

ont fourni aucune réponse de nature à établir l'étiologie de l'affection.

Découragé, nous faisions les préparatifs pour l'avulsion de la dent — la dent étant morte et tout à fait mobile dans l'alvéole nécrosé — quand à brûle pourpoint la malade nous dit qu'elle mettait régulièrement de l'alcool pur dans sa dent. Dès ce moment nous tenions l'étiologie de notre nécrose.

Par des questions successives nous avons vu que, pour se soulager, notre malade, depuis deux mois, avait pris l'habitude de mettre du coton imbibé d'alcool pur entre ses deux incisives. Inutile de dire que ses douleurs se calmaient spontanément pour recommencer de plus belle, peu de temps après.

Pourquoi la malade souffrait-elle de ces deux dents si elles n'étaient pas cariées ? Voilà une question qui nous paraît très intéressante et nous nous promettons de publier la réponse dans un article ultérieur afin de pouvoir nous y arrêter plus longtemps.

Quant au traitement de la névralgie, nous avons pratiqué immédiatement l'extraction de la dent, qui a été d'ailleurs très facile et sans la moindre douleur. Pour faciliter l'élimination complète du séquestre alvéolaire, nous avons conseillé des lavages fréquents de bouche avec de l'eau phéniquée à 2 o/o.

Au bout de trois jours le séquestre s'éliminait parfaitement. Quinze jours après, la plaie était complètement fermée.

Nous avons cru intéressante la publication de cette observation : 1° à cause de l'extrême rareté de ce genre de nécrose à laquelle cependant il faut penser ; 2° pour les suites fâcheuses et même irréparables auxquelles peut donner lieu l'application des médicaments par des malades ignorant la valeur thérapeutique de l'agent employé, sans consulter un spécialiste.



NOTE SUR LES LAMELLES D'ACIER POLI A.B. POUR OBTURATION PLASTIQUE [1].

Par M. Barrié,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Lorsqu'une paroi fait défaut, comme dans la plupart des cavités interstitielles, on remplace, pour lui donner la forme régulière, cette paroi absente par de petits instruments dits matrices, qu'on place entre les dents (Levett), ou par un morceau de gomme laque (Herbst).

Les formes des matrices sont très nombreuses, mais les plus simples sont les meilleures (Dentisterie opératoire, Ch. Godon, page 210).

Nous sommes de cet avis : les plus simples sont les meilleures. Quoi de plus simple qu'une lamelle très flexible d'acier poli, suffisamment large pour embrasser la couronne dans toute sa longueur, suffisamment fine pour glisser entre les dents les plus serrées, façonnant l'obturation à cause de sa grande flexibilité, polissant, coupant, supprimant l'excédent de matière plastique, servant même de matrice si l'on en a le désir? Tels sont les services que peut rendre ce petit instrument à qui sait s'en servir.

Les lamelles métalliques qu'on trouve actuellement chez les fournisseurs se plissent rapidement, sont trop épaisses, n'ont pas la rigidité ni le coupant nécessaire pour façonner les obturations au ciment.

Que de fois n'avons-nous pas vu, par exemple, des opérateurs faire filer dans la gencive un excédent de matière

1. En dépôt chez tous les fournisseurs (prix : 0 fr. 80 la boîte de 6).

plastique, en obturant une cavité interstitielle d'une grosse molaire? Ils sont obligés après coup de faire avec difficulté et de la douleur pour le patient une séparation à la lime ou avec les disques, formant ainsi un espace plus large que de raison, et à angles droits, d'où rétention et pression des aliments vers le collet, ce qui cause ainsi de l'irritation et de l'inflammation gingivo-périostale.

Nous terminerons en indiquant le *modus faciendi* et les avantages de ce petit instrument.

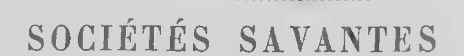
Après avoir introduit suffisamment de matière obturatrice, ciment ou amalgame, dans la cavité ou les cavités, presser dans le sens qu'indique la situation de la cavité ou des cavités interstitielles avec la lamelle d'acier poli préalablement enduite légèrement d'un corps gras quelconque.

Après durcissement, passer, si faire se peut, les bandes et le brunissoir.

Les avantages sont les suivants :

Rapidité d'exécution et perfection des obturations insters titielles.

Nous ajouterons qu'à moins d'une dent absente ou d'un espace considérable, il nous serait impossible de faire une obturation plastique quelconque sans nous servir de ce petit instrument.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mai 1900

Présidence de M. Richard-Chauvin, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — Procès-verbal.

M. Richard-Chauvin. — Les procès-verbaux des deux dernières séances ont été publiés ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée, les procès-verbaux sont mis aux voix et adoptés.

M. Godon se fait excuser de ne pouvoir assister à la séance.

II. — Don a la société.

M. Richard-Chauvin. — Je dépose sur le bureau un *Traité d'anatomie humaine* publié par Poirier et offert par M. Amoëdo à la Société.

Tout en le remerciant de ce don, je constate dans ce livre une omission. M. Papot et moi nous avons été les premiers, je crois, à dire, il y a plusieurs années, que les molaires inférieures présentent trois canaux et quelquefois quatre, alors que la présence du 3e canal n'avait été signalée antérieurement que comme très exceptionnelle ; j'en ai reparlé dans un travail sur la dent de six ans. M. Amoëdo n'en a sans doute pas eu connaissance, puisqu'il n'en est pas fait mention dans ce livre, au chapitre dû à M. Amoëdo.

M. Amoëdo[1]. — Je connaissais le fait et je l'ai discuté dans ma thèse, mais je n'ai pas voulu y revenir dans cet ouvrage.

---

1. Le Secrétaire général de la Société a reçu de M. Amoëdo la note suivante : A *mettre dans la discussion qui a suivi la présentation, par M. Richard-Chauvin, du volume d'anatomie du Dr Poirier (Séance du 1er mai 1900 de la Société d'odontologie).*

Dr Amoëdo. — Je connais la thèse du Dr Frey et j'ai été très flatté d'y voir citées les affirmations que je lui ai faites, dans un entretien privé, quant à la persistance des deux canaux dans la racine antérieure des molaires inférieures.

Je connais aussi le travail auquel a fait allusion M. Richard-Chauvin, ainsi que l'article dans lequel il réclame la priorité de cette particularité anatomique. Je ne l'ai pas cité dans le chapitre « Dents » du *Traité d'anatomie* de M. Poirier, parce que j'avais déjà contesté la priorité dudit travail, avec documents à l'appui, dans mon livre : *L'Art dentaire en Médecine légale* (pages 65 et 66), — et que j'ai cru inutile de revenir sur cette question.

M. Friteau. — Il importe cependant qu'une bibliographie soit complète.

M. Amoëdo. — La mienne était très complète, mais la place m'ayant été mesurée, j'ai dû en supprimer une partie.

M. Richard-Chauvin. — Il est bon que les travaux des dentistes ne soient pas oubliés par des confrères,

III. — Préparation pour la confection des plaques adhésives.

M. Spyer. — J'ai expérimenté pendant huit ans ma préparation pour les plaques adhésives et elle est très répandue en Amérique et en Angleterre, et je pense avoir obtenu quelque chose de parfait. Mon procédé est breveté dans divers pays. Toute la question, c'est de manipuler convenablement.

Comme je suis venu m'établir en France avec ma famille, je vais vous donner ma formule par sympathie pour votre pays et pour la Société. J'ajoute que quand on emploie la formule pour des pièces inférieures et que l'empreinte est bien prise, l'appareil tient parfaitement.

Voici la formule de la préparation : une partie de gomme adragante et dix de gutta-percha. On chauffe cette dernière au bain-marie et, quand elle est molle, on introduit la première ; on roule ensuite en feuilles, on découpe en forme de fer à cheval pour la mâchoire supérieure et l'on recouvre de feuilles minces d'étain n° 26 de la filière américaine. Cela constitue la préparation de la plaque ; mais le difficile, c'est la technique.

Il faut d'abord prendre une bonne empreinte de la bouche, ensuite préparer les cires, les dents d'un côté, les maxillaires de l'autre, on met la pièce dans le moufle et l'on fait bouillir cinq minutes, ensuite on met sous presse. On chauffe le moufle très légèrement. Les deux moufles sont mis sous la presse, puis rapprochés. On coupe les bavures, on enlève un morceau de la pièce adhésive et la feuille d'étain reste du côté du maxillaire. Tel est le procédé suivi pour les pièces du bas ; pour celles d'en haut on applique la pièce adhésive sur le milieu du palais, puis on met le tout dans le vulcanisateur et on le laisse une heure à 300 degrés et une heure à 200 degrés.

En cas de réparation vulcaniser de la même manière, et quand l'étain tient trop au caoutchouc, on plonge dans l'acide muriatique.

Discussion.

M. Lemerle. — Nous avons tous cherché à faire tenir nos pièces par des procédés quelconques et dernièrement un client m'a enseigné un petit moyen, qui consiste à découper deux ou trois feuilles de papier de soie en forme de fer à cheval, à les mettre sur le côté palatin de la pièce qui tient très bien par ce moyen. On change le papier tous les jours.

IV. — UNE OBTURATION IDÉALE, PAR M. HIRSCHFELD.

M. Hirschfeld donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 449).

DISCUSSION.

M. Richard-Chauvin. — M. Hirschfeld est un membre nouveau ; il faut le remercier d'être entré dans la Société avec un travail fort bien étudié en signe de bienvenue.

M. Hirschfeld. — Vous seriez surpris des bons résultats que donne cette méthode si vous l'adoptiez. Voilà deux ans que je m'en sers, mais je la crois peu répandue. Pour les caries interstitielles des bicuspides je me sers d'anneaux flexibles comme matrices.

M. Viau. — J'ai employé ces matrices et elles ne m'ont pas semblé donner les résultats voulus. La matrice idéale devrait être plus étroite au collet et alors elle n'entre pas. Le meilleur procédé est celui de Herbst, qui cale la lamelle contre la dent avec une épingle.

M. Hirschfeld. — Je parle des anneaux qui servent à restaurer une couronne presque entière. Quand il s'agit de restaurer une obturation sur plusieurs côtés à la fois, rien n'est plus facile.

M. Viau. — Votre anneau ne peut pas s'appliquer au collet même.

M. Hirschfeld. — Ma pensée est de mettre un anneau qui représente les contours de l'obturation future.

M. Gross. — Vous avez alors excédent de matière au collet et vous devez rectifier le défaut à la lime.

M. Viau. — Par votre méthode en absorbant le mercure à l'aide de boulettes d'or vous pensez obtenir une obturation plus parfaite. Eh bien je ne crois pas que l'amalgame le plus sec soit le meilleur. Il faut que la combinaison reste plastique. Si vous enlevez par trop de mercure, le métal est moins homogène. Avez-vous un amalgame de prédilection ?

M. Hirschfeld. — Non, je crois que tous les amalgames du commerce diffèrent fort peu comme qualité ; une manipulation soignée est ce qui vaut le mieux.

M. Meng. — Il y a des amalgames qui durent longtemps, d'autres qui ne durent pas ; mais la véritable raison du changement de volume des amalgames nous échappe.

M. Hirschfeld. — Le secret d'une obturation réside dans la manipulation.

M. Meng. — Voilà vingt ans que je me sers du même amalgame, qui donne des résultats différents, bien que ma technique soit toujours la même.

M. Richard-Chauvin. — M. Hirschfeld recommande de brunir l'amalgame après avoir enlevé l'excédent de mercure. C'est une excellente précaution, mais, à mon avis, le brunissage ne doit être

effectué que deux ou trois jours après l'achèvement de l'obturation ; on se trouve alors en présence d'un métal homogène qui se déprime légèrement sous l'action énergique du brunissoir. Il se produit par ce fait une augmentation de densité de la surface de l'obturation et une adaptation plus parfaite aux bords de la dent qui expliquent des succès de longue durée. Je suis de l'avis de M. Viau en ce qui concerne le procédé qui consiste à enlever le plus de mercure possible de l'obturation. En comprimant fortement un amalgame avec les fouloirs, le mercure arrive à la surface. Qu'on enlève ce qui paraît être un excédent et qu'on recommence la compression, même plusieurs fois de suite, le fait se reproduira toujours ; cela ne prouve pas qu'il y ait excès de mercure. Les amalgames faits par la méthode de Fletcher au moyen d'une balance contenaient si peu de mercure qu'il fallait, après avoir malaxé l'alliage et le mercure dans un mortier, faire des blocs fortement comprimés dans un moule cylindrique ; sans cette précaution le mélange restait pulvérulent. Eh bien, le métal ainsi obtenu et foulé dans la cavité un moyen du maillet donnait encore l'illusion d'un excès considérable de mercure, ce qui ne l'empêchait pas d'être très sec et de se casser sur les bords de la dent au bout de fort peu de temps. L'amalgame est une combinaison que nous préparons d'une façon tellement primitive qu'elle contient fatalement en excès soit du mercure, soit de l'alliage, mais elle n'est sûrement jamais semblable deux fois de suite, quel que soit l'opérateur, ce qui explique les résultats divers. Pour ma part, je me contente d'exprimer le mercure, en pressant énergiquement le métal entre les doigts, c'est tout. Pour le résultat je me fie à la bonne conduite de l'opérateur et au brunissage.

M. Lemerle. — Une obturation bien finie a plus de durée, c'est évident.

En ce qui concerne l'amalgame, le brunissage prend une grande importance, mais cela n'empêche nullement l'oxydation de se produire à des degrés très différents suivant les bouches où l'on opère.

M. Touvet-Fanton. — Un procédé qui me donne d'excellents résultats consiste à triturer l'amalgame très mou dans l'alcool à 90°, car souvent, l'imperfection de l'amalgame tient à l'impureté du mercure.

M. Meng. — On fait tourner des appareils sur le mercure chimiquement pur et, au bout de 2 mois, on constate de la crasse ; d'où vient-elle ?

M. Friteau. — Il m'a semblé que M. Hirschfeld ne voulait laisser déborder aucune parcelle de ciment. Pense-t-il y parvenir avec son procédé ?

M. Gross. — Il semble que sous la pression exercée sur les blocs d'amalgame introduits successivement le ciment mou doit fuser vers es bords de la cavité.

M. Hirschfeld. — Cette objection est juste, mais il est facile avec un peu d'attention de faire disparaître la matière qui s'échappe et de maintenir exclusivement l'amalgame en contact avec les bords.

M. Richard-Chauvin. — Il me semble que ce résultat serait plus facilement obtenu en laissant durcir le ciment, mais M. Hirschfeld trouve sans doute un grand avantage à introduire l'amalgame dans le ciment mou. C'est du reste en cela que consiste l'originalité du procédé qu'il nous présente. Il semble qu'il y aurait avantage pour la Société à prier M. Hirschfeld de vouloir bien faire quelques démonstrations en séance de la Société d'Odontologie.

V. — Nouveaux pieds-de-biche, par MM. Maille et de Croes.

M. de Croes donne lecture de la note suivante et présente les instruments.

Les instruments que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui n'offrent en somme qu'une légère modification sur le pied-de-biche ordinaire. En effet, le pied-de-biche que nos aînés appelaient « Poussoirs » ne permet guère l'extraction des racines des dents postérieures, gêné que l'on est par les lèvres qui ne se distendent pas assez : aussi avons-nous imaginé de courber la tige de ce nouveau pied-de-biche en forme de baïonnette, ce qui permet d'extraire les racines des dents éloignées, telles que deuxièmes

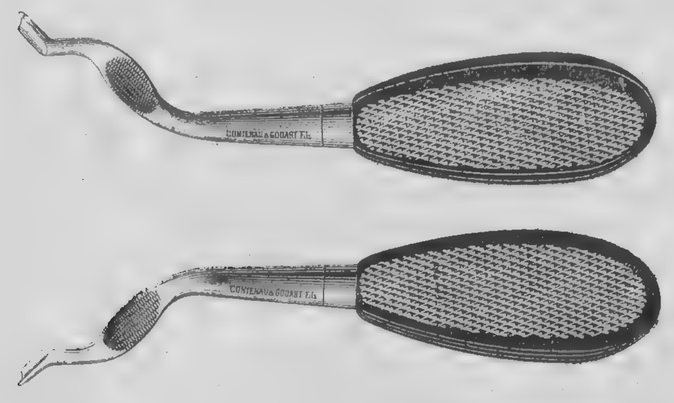


Fig. 24. — Pieds-de-biche.

molaires et dents de sagesse, tout en restant dans l'axe de l'effort, c'est-à-dire dans la perpendiculaire de l'arcade.

Cette modification nécessite donc deux instruments : un qui peut servir pour le côté droit en bas et gauche en haut, et le deuxième pour le côté gauche en bas et droit en haut.

Ces deux pieds-de-biche, à l'exécution desquels MM. Contenau et Godard ont apporté tous leurs soins, rendront, nous en sommes certains, de grands services en chirurgie dentaire.

DISCUSSION.

M. Gross. — La tige est un peu fragile.

M. Lemerle. — L'instrument n'est pas dans l'axe de l'effort.

M. de Croes. — C'est une erreur, puisque la tige est coudée à angle droit. Nous avons fait un manche plat pour que la main ne tourne pas.

M. Hirschfeld. — L'instrument est-il destiné à opérer sur des dents solides ?

M. de Croes. — J'arrache même des dents de sagesse avec le pied-de-biche.

M. Gross. — Etes-vous aussi sûr qu'avec le levier droit.

M. de Croes. — Parfaitement.

VI. — Un nouvel antiseptique, par M. Lemerle.

M. Lemerle donne lecture d'une lettre qu'il a reçue d'un pharmacien sur un nouvel antiseptique au cyanyre de mercure sous forme de pastilles, destiné à l'antisepsie des instruments. Il ajoute : « Ce produit n'oxyde pas le métal et n'a pas d'odeur. On dissout 3 ou 4 pastilles dans un litre d'eau.

J'ai l'honneur de soumettre à votre bienveillante appréciation une spécialité que je fabrique à base de cyanol.

Ce produit, en raison de l'avantage qu'il possède de ne pas oxyder ni altérer les métaux, me paraît devoir, de préférence à tout autre antiseptique, être employé pour le lavage des instruments de chirurgie ayant servi aux opérations dentaires et où l'asepsie la plus rigoureuse est recommandée.

Je me permets de vous adresser deux boîtes de cette spécialité, en vous priant de me faire l'honneur de vouloir bien les expérimenter dans votre service à l'Ecole dentaire.

J'ose espérer que les résultats que vous en obtiendrez répondront à mon attente favorable.

DISCUSSION.

M. Touvet-Fanton. — J'ai signalé le phéno-salyl qui donne d'excellents résultats.

M. Amoëdo. — La substance dans laquelle je trempe mes instruments est une solution de *cyanure de mercure* à 1 1/2 pour 1000. Ce sel de mercure est un des plus chers, et cependant le prix du kilog. varie entre 27 et 30 francs.

On prépare la solution en dissolvant le cyanure de mercure dans un mortier avec de l'eau chaude à 60° environ.

Les pastilles qui viennent de nous être présentées ce soir ont le très grave inconvénient de ressembler aux pastilles sucrées de chlorate de potasse et aux bonbons, et, partant, d'offrir le danger d'un empoisonnement par la méprise d'un enfant ou d'un domestique.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le secrétaire général,
DE MARION.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

A. Debraux, professeur, 17, faubourg Montmartre, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

C. Ash et fils, 22 rue du Quatre Septembre, PARIS, **TÉLÉPHONE 294.47.**
Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*. PARIS.
Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils, 55, rue Bichat, PARIS.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TELEPHONE 214.47.** 45, r. de la République. Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Vve J. Wirth, 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, successeur, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. **Société chimique des Usines du Rhône.** { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

REVUE ANALYTIQUE DES SOCIÉTÉS DENTAIRES AMÉRICAINES

Le Dr Babcock lit devant la Société dentaire de Brooklyn une communication sur le *scorbut infantile*, avec une observation à l'appui. Dans la première partie de son travail il condense très clairement l'histoire de cette maladie chez les enfants, puis en second lieu développe son observation, qui est intéressante au point de vue diagnostic. On avait d'abord cru au rhumatisme ; mais le Dr Babcock diagnostiqua le scorbut infantile chez cet enfant de dix mois, dû à une alimentation désordonnée.

En effet il lui ordonna du jus de viande, d'oranges, du lait bouilli et l'enfant reprit rapidement.

Discussion.

Le Dr *Russel* relève un point que l'auteur de la communication n'a pas signalé, à savoir que, quel que soit l'état de turgescence des gencives, la muqueuse du palais et des joues est toujours anémiée.

Le Dr *Haughton* croit que cette affection a bien peu l'occasion d'être signalée par les dentistes et qu'en tout cas peu de ces derniers prendraient la responsabilité du traitement.

Le Dr *Turner* est opposé à ce dernier avis, puisque dans ce cas le malade fut amené au praticien pour le traitement des gencives.

Le Dr *Shaw* dit qu'il est intéressant de pouvoir reconnaître un cas semblable. Il cite le cas d'un jeune garçon qu'on croyait atteint d'une affection de l'articulation coxo-fémorale et auquel on avait attaché des poids à la jambe ; l'examen de sa bouche ayant eu lieu, le Dr Shaw prescrivit un gargarisme, on transporta l'enfant à la campagne où le médecin porta le diagnostic de scorbut.

Le Dr *Babcock* répond que, lorsque le dentiste est consulté à ce sujet et croit à l'évolution possible de la maladie, il fera bien d'envoyer les parents chez leur médecin en les priant de lui demander s'il n'y aurait pas opportunité dans le changement d'alimentation de leur enfant.

Le Dr *Johnston* insiste sur l'importance de l'avis du dentiste dans ces cas, où bien souvent les médecins, n'examinant pas la bouche,

concluent facilement au rhumatisme, ce qui n'arrête pas la maladie, qui, elle, n'a rien de commun avec les affections rhumatismales.

Le Dr *John Hart*. — Ce n'est pas tant du changement de nourriture qu'ils ont besoin que de la suppression de la suralimentation à laquelle on soumet ces enfants, qui alors ne peuvent digérer toute cette nourriture.

Le médecin en variant l'alimentation doit la réduire. Les manifestations morbides que nous voyons sont dues à un manque de nutrition qui a sa répercussion sur le développement des os et produit le rachitisme.

Dans les manifestations buccales du scorbut infantile et lorsque les enfants sont trop petits pour se gargariser nous prescrivons une solution que la mère ou la nourrice peuvent appliquer avec un linge.

Eau distillée	120 grammes
Hydronaphtol	0.15
Bricarbonate de soude	0.05

J'emploie aussi l'iodate d'amidon.

Le Dr *Butler*, de Buffalo, est heureux de voir que la profession s'occupe davantage des affections de la bouche et que, de ce fait, la sphère du dentiste a des tendances à se confondre avec celle du médecin, d'où il résulte un avantage pour les deux dans l'échange des observations et de l'expérience.

Le Dr *Ames*, de Chicago, se range très volontiers à l'opinion du Dr Hart, qui attribue comme cause au scorbut infantile la mauvaise assimilation, et à celle du Dr Butler qui fait intervenir les troubles de dentition.

Ch. W.

(D'après les *Items of Interest*.)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX RUSSES

M. Kritchewsky, de Varsovie, dans un article sur Les soins des dents et l'obturation des racines, s'élève dans le « *Zoubowratchebny Wiestnik* » contre le traitement des racines, après l'extirpation de la pulpe et des nerfs, par pansements avec du coton imbibé de médicaments désinfectants.

Le coton se sépare des médicaments douze heures après qu'on l'a mis dans le canal, et, en s'imprégnant du liquide et des microbes de la bouche, il sert à l'infection des canaux, au lieu de les désinfecter. Dans ces cas, suivant lui, on doit agir d'après le principe des chirurgiens qui ne laissent jamais ouverte une plaie d'un caractère non infectieux, pour ne pas risquer son infection. Donc, dans tous les cas où l'absence de toute influence septique se manifeste, M. K... obture immédiatement les canaux.

Pour l'extirpation d'une pulpe mise à nu, M. K... préconise l'emploi d'un narcotique quelconque (il emploie le protoxyde d'azote), ensuite il lave la dent avec une solution d'acide sulfurique à 50 o/o. Ce lavage a pour but de *coaguler* les quelques gouttes de sang qui peuvent rester au fond de la dent, ainsi que de rendre les canaux plus accessibles par la dissolution de sels de la dentine produite par l'acide. Ensuite il tire au dehors les débris pulpaires à l'aide de sondes chargées de coton. Cette opération terminée, M. K... neutralise l'acide par le carbonate de soude, sèche les canaux avec l'alcool et l'air chaud, et immédiatement après il obture les canaux avec du ciment, ce dernier ayant l'avantage de pénétrer dans les cavités les plus petites et les plus profondes. Il le prépare d'ailleurs très liquide pour pouvoir l'introduire dans les canaux par la sonde, qu'il introduit et retire consécutivement pour prévenir la formation de bulles d'air dans les canaux.

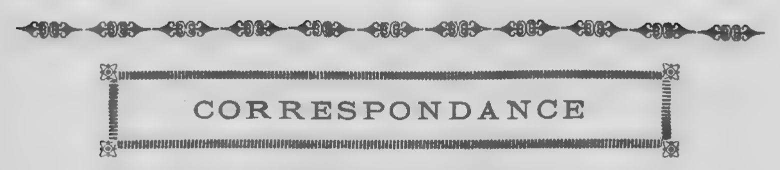
Enfin pour s'assurer de la pénétration du ciment jusqu'à l'apex, M. K... entoure la sonde de quelques bribes de coton et la pousse dans les canaux pleins de ciment, ce qui fait descendre ce dernier le plus profondément possible. Aussitôt le ciment durci, on peut tout de suite plomber la dent. De cette façon M. K... n'emploie pour les soins d'un troisième degré non compliqué qu'une séance, ou deux en cas de dévitalisation de la pulpe par l'acide arsénieux.

Si en pressant le ciment dans les canaux on dépasse l'apex, le patient éprouve alors une douleur vive, mais passagère (deux heures au plus), et qui n'aura aucune suite fâcheuse, car ce n'est qu'un symptôme de pression, et, en l'absence de tout agent septique, les parties ambiantes supportent très bien ce corps étranger.

Je me permets de faire remarquer à M. K... que sa manière d'opé-

rer peut souvent donner de mauvais résultats. Comment peut-il être certain, même en prenant des précautions, que pendant l'opération aucun agent septique n'a pénétré dans les canaux et comment sait-il que tous les débris nerveux sont enlevés du canal? A mon avis, le meilleur moyen de s'en assurer c'est l'obturation provisoire des canaux avec la gutta iodoformée. Quant à moi, j'opère ainsi : après avoir enlevé les débris de la pulpe et bien lavé et séché les canaux, je les ferme avec de la gutta iodoformée et, deux ou trois jours après, s'il n'y a aucune complication, je plombe la dent, en obturant préalablement les canaux avec du ciment iodoformé.

EM. STAVISKI.



CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Vous avez lu comme nous les différents articles sur le formol et le formyl géranié. Voulez-vous me permettre de communiquer au journal les résultats d'une étude que je fais depuis trois ans de ce produit, que j'ai abandonné pour le formol pur ?

1° Pour le 3e degré, je ne laisse dans la racine après extraction du filet nerveux que des mèches iodoformées préparées en trempant ma mèche dans une solution à saturation d'iodoforme dans l'éther ;

2° Pour les caries du 3e degré avancé, je fais le nettoyage mécanique aussi complet qu'il est possible, puis je laisse une mèche trempée dans l'acide phénique et le menthol ;

3° Pour les caries du 4e degré, je nettoie comme ci-dessus et je place dans la chambre pulpaire une pâte dont je vous donne ci-dessous la formule, je ferme à la gutta et 8 jours après j'obture définitivement.

Je ne traite presque jamais une dent infectée plus de deux fois et je n'ai jamais ni abcès, ni fistules. Je l'ai fait au début systématiquement : à peine un nettoyage, puis la fermeture immédiate ; le succès ne s'est jamais démenti.

Ce n'est évidemment pas une panacée, mais je maintiens les faits que je vous annonce et je puis les démontrer.

Voici la façon de préparer la pâte :

Prendre du formol ou de l'aldéhyde formique, en placer une certaine quantité (environ 50 grammes) dans un petit vase en verre à large ouverture, laisser ouvert ; au bout de 10 à 14 jours, suivant la température et l'évaporation, tout le liquide est transformé en tri-oxyméthylène ou para-formol ; il est encore pâteux. Le prendre en cet état et le renfermer bien bouché dans un vase fermant bien.

Pour préparer la pâte au moment de mettre dans une chambre pulpaire on prend gros comme deux ou trois têtes d'épingles de ce formol et l'on mélange avec quantité suffisante d'oxyde de zinc pour faire une pâte ferme.

Je crois que le formagène Abraham est fait d'oxyde de zinc et de paraformol en poudre pour la poudre et d'essence de girofle contenant du tannin en dissolution pour le liquide, car j'ai remarqué que l'addition de tannin à la pâte ci-dessus la fait durcir presque instantanément.

Veuillez agréer, etc.

L. Douzillé, chirurgien-dentiste, F. M. P.



MAURICE SUCHET

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un des diplômés de notre Ecole (1889), M. Maurice Suchet, qui vient de succomber à 31 ans des suites d'une fièvre typhoïde.

Nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos vifs sentiments de condoléance.

E. P.

ERRATUM.

A propos de la nirvanine nous disions que M. Drapet dans sa thèse inaugurale n'avait pas cité le nom de notre confrère M. Bonnard comme auteur ayant étudié déjà la question. Nous n'avions pas sa thèse complète. Aujourd'hui nous l'étant procurée, nous constatons que les recherches de M. Bonnard y sont citées, dont acte.

C. M. CH.

Les numéros des 15 et 30 janvier 1900 de *L'Odontologie* sont complètement épuisés, en raison des nombreux abonnements que le succès croissant de *L'Odontologie* nous a amenés. Ceux d'entre nos lecteurs qui posséderaient ces numéros en double rendraient service à des confrères nouvellement abonnés en nous les faisant parvenir.



Nomination.

Nous apprenons que notre collègue M. Ed. Touvet-Fanton, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, vient d'être nommé chirurgien-dentiste de l'établissement thermal d'Enghien-les-bains.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Officier de l'Instruction publique.

M. Deschanel, président de la Chambre des députés, pendant l'assemblée générale de la « mutualité commerciale », tenue à la Sorbonne le 20 mai, a remis les palmes d'officier de l'instruction publique à M. Verbrugghe, chirurgien-dentiste de cette Société.

Inauguration de l'École dentaire de Munich.

M. de Marion, délégué par l'École dentaire de Paris à la cérémonie de l'inauguration de l'École dentaire de Munich, a rendu compte de sa mission dans les termes suivants.

Mon cher Président,

J'ai l'honneur de vous rendre compte des cérémonies de l'inauguration de l'École dentaire de Munich auxquelles vous m'avez fait l'honneur de me déléguer pour représenter l'École dentaire de Paris.

Arrivé le 27 avril au soir à Munich, le Dr Port, professeur libre à l'École, m'attendait à la gare. Le même soir à 9 heures, je trouvais le Dr Berten, directeur de l'École au rendez-vous fixé et je lui remettais la lettre m'accréditant auprès de lui.

Le samedi, à 11 heures, a eu lieu l'inauguration de l'École en présence du délégué du Ministre de l'Instruction publique, de généraux, médecins militaires, etc., etc. Discours du professeur Berten et visite des locaux.

A 2 heures, banquet à l'hôtel de Russie, pendant lequel des toasts ont été portés :

1° Par M. le professeur Berten au Régent ;

2° Par le Dr Port aux délégués étrangers ;

3° Par moi-même au nom de l'École dentaire de Paris et du Congrès international de 1900 ;

4° Par M. Kœlliker, de Zurich;
5° Par M. Detzner, de Spire;
6° Par Dr Schirmer, de Bâle.

Les délégués et invités étrangers qui étaient à Munich pour cette fête étaient :

MM. Kœllicker, de Zurick.
Detzner, de Spire,
Schirmer, de Bâle,
Dill, de Liestal,
Papsch, d'Inspruck,
Kielhauser, de Gratz,
Preiswerk, de Bâle,
Frœhmer, de Zurich,
Seitz, de Constance.

Le dimanche 29, à 9 heures du matin, séance de la Société de Stomatologie de Bavière.

1° La séance est ouverte par un discours du Président M. Berten;

2° M. Kielhauser, de Gratz, fait une communication sur la quantité de phosphore contenue dans les aliments et sur la prophylaxie de la carie par les préparations phosphorées;

3° M. Dill, de Liestal, explique sa théorie sur les obturations combinées d'amalgame et d'or et amalgame et porcelaine;

4° M. Seitz, de Constance, fait une démonstration d'anesthésie par le chlorure d'éthyle, il endort cinq patients ;

5° M. Preiswerk fait une communication sur la nomenclature de l'histologie dentaire.

A deux heures, dîner à l'hôtel de Russie.

A cinq heures, reprise de la séance.

6° M. Dill, de Liestal, présente des dents obturées avec sa combinaison amalgame or et amalgame émail ;

7° M. Seitz, de Constance, expose la théorie de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle dont il a fait une démonstration dans la matinée ;

8° M. Kœlliker, de Zurich, présente divers appareils, entre autres un obturateur articulé pour absence du voile du palais, un obturateur pour large ouverture du sinus et un appareil permettant l'adaptation de blocs de continuons gum sur bases en or ;

9° Enfin M. Steinfeld, de Munich, présente sa collection de modèles d'anomalies dentaires.

Le lundi 30, de neuf heures à une heure et demie, réunion à l'école pour la première clinique. J'ai compté vingt-six élèves ; les malades qui se sont présentés étaient environ trente-cinq.

G. De Marion.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 122. — *Quel est le dentiste allemand qui a conseillé l'alcool propylique contre la carie et la douleur dentaires ?* A. M.

? N° 123. — 1° *Existe-t-il une table pour pratiquer l'anesthésie générale et l'extraction des dents suivant la méthode de Rose, c'est-à-dire la tête pendante ?*
2° *Si elle existe, quel en est l'inventeur ? Quel en est le système ? Quel en est le prix ?* SAM.

? N° 127. — *D'après la loi de 1892, un chirurgien-dentiste peut-il s'adjoindre pour se faire seconder et remplacer au besoin un opérateur n'ayant ni diplôme ni patente ?*

J. L.

? N° 128. — *Quel est le traité sur le* FORMOL *le plus complet et le plus récent*
N. N.

? N° 129. — *Une veuve de dentiste qui assistait son mari dans son cabinet a-t-elle le droit de continuer à exercer après la mort de celui-ci et peut-elle prendre un opérateur non patenté ?*
Cette dame n'était mariée que depuis trois ans.

A. A. O.

? N° 130. — 1° *Fait-on en France l'examen des dents ?*

(A) *Des candidats pour les Ecoles militaires ?*
(B) *Des candidats pour les Ecoles navales ?*
(C) *Des conscrits pour l'armée ?*
(D) *Des conscrits pour la marine ?*
2° *Dans l'affirmative l'examen est-il fait.*
(E) *Par un chirurgien-dentiste en titre, et spécialement affecté à ce service ?*
(F) *Ou par un médecin militaire ou navale ?*
3° *Les chirurgiens-dentistes ont-ils une position officielle et reconnue.*
(G) *Dans l'armée ?*
(H) *Dans la marine ?*

☞ *Réponse.* — A. B. Non.
C. D. à peine, depuis qu'on emploie des cartouches qui n'ont plus besoin d'être déchirées avec les dents. On ne réforme pour mauvaises dents que si l'état de la dentition est tout à fait défectueux et de nature à nuire à l'alimentation du sujet.
E. Non. — F. Oui.
G. H. Non, toutefois on s'est préoccupé de la question au Conseil supérieur de la Marine.

E. P.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **CAUSE DE SANTÉ**. Paris. Cabinet dentaire situé à proximité de l'Opéra existant depuis 17 ans. Clientèle payant des prix élevés. Appartement **au** 2e étage. 16.000 fr. d'affaires, pouvant être très facilement augmentées, à **PRENDRE TOUT DE SUITE**. *Ecrire* au bureau du Journal P. G. L. **Urgent**. (19-5)

---

2 **OPÉRATEUR D. E. D. P.** et **Mécanicien** très au courant du **Bridge**, parlant *français* et *allemand*, désire place à Paris. — Bonnes références. Écrire à E. Max, 6, rue Cavalotti, Paris. (23-4)

---

3 **A VENDRE** un **bon cabinet** dans une petite ville de l'Est, pour *cause de santé*, affaires annuelles 20.000 francs — de préférence à un chirurgien-dentiste, prix : 10.000 francs. Ecrire à M. O. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. (24-4)

---

4 On désire trouver pour *ASSOCIATION JEUNE DENTISTE DIPLOMÉ* de la *Faculté de Médecine* avec ou sans capitaux pour fonder un cabinet dans une ville du Midi de la France. Conditions à débattre. Ecrire à Midi aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour d'Auvergne. (25-4)

---

5 **Dentiste,** 40 ans, *diplômé de la Grande Bretagne*, désire trouver place d'**OPÉRATEUR** ou remplacer dentiste pendant absence. Ecrire aux initiales L. G. aux soins de Ch. Ash et Fils, 22, rue du Quatre-Septembre. (26-4)

---

6 Un **DENTISTE ESPAGNOL** ayant **10 ans de pratique** désire une place d'opérateur ou de mécanicien dans cabinet à **Paris**. S'adresser pour tous renseignements à M. Roch fils, 24, rue de Rome, Marseille. (27-3)

---

7 On demande dans *importante station hivernale*, un *OPÉRATEUR-MÉCANICIEN* aussi habile dans les travaux de cabinet que dans ceux de l'atelier. De préférence diplômé de Faculté. On l'intéresserait dans toutes les opérations **qu'il** exécuterait. *Ecrire* **par poste** à V. V. D. P. au bureau du Journal. (28-3)

---

8 **URGENT**. **Bonne occasion** pour *docteur en Médecine* : On demande **ASSOCIÉ** pour cabinet dentaire, dans quartier très commerçant de Paris. Chiffre d'affaires actuel fr. 40.000. Pour tous renseignements s'adresser à la Société française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin. (29-3)

---

9 **A VENDRE D'OCCASION :** 2 fauteuils d'opération dont un Morisson avec tablette et crachoir. — 3 machines à vulcaniser dont une système Wirth. — 1 tour d'atelier. — S'adresser, 32, rue Tronchet. (30-2)

---

10 **A CÉDER** 10,000 francs, **CABINET DENTAIRE**, Paris, rue de Rivoli. *Agencement complet.* **Situation exceptionnelle.** Bail à volonté. Loyer 1,400 francs. Ecrire M. 888 poste restante bureau, 17, Paris. (31-2)

---

11 **TRÈS PRESSÉ. — Belle occasion** pour jeune diplômé. **A CÉDER tout de suite** Cabinet dentaire très fréquenté, dans quartier commerçant. Affaires garanties 20.000 francs, susceptibles d'augmenter. On traiterait avec peu comptant, mais garanties sérieuses. Faire offre aux initiales L. B. 113, bureau de poste 51, Paris. (32-2)

---

12 **A CÉDER TOUT DE SUITE** pour **cause de santé** excellent cabinet. Région du Nord, à proximité de Paris. Chiffres d'affaires 45,000 francs. **Facilité de paiement** contre garanties. S'adresser à la Société Française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (33-2).

---

13 *Chirurgien- dentiste* **DANOIS** (23 ans), qui a passé l'examen dentaire 1898 avec le nombre de points le plus grand obtenu en Danemark, cherche emploi à partir du 1er septembre ou plus tard comme assistant chez dentiste français. Adresser les lettres à Tandlcege Sven Warming Joldbodgaden 23, Christiana. (34-2)

---

14 **A vendre, CAUSE DE DÉPART, Cabinet dentaire** dans région *Nord-Ouest* faisant environ 8.000 francs d'affaires. Prix 5.000 francs. Ecrire par poste à **A. Z.** aux soins de l'administration du Journal. (35-1)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

IIIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Paris, 8 au 14 Août 1900)

Circulaire générale (Mai 1900)



PARIS

—

Châteauroux. — Typ. et Stér. A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, suc.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

IIIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Paris, 8 au 14 août 1900.)

Paris, mai 1900.

Monsieur et honoré confrère,

Nous avons l'honneur de solliciter à nouveau votre adhésion au troisième Congrès dentaire international qui doit avoir lieu à Paris, du 8 au 14 août 1900, sous le patronage du Gouvernement français.

L'organisation générale de ce Congrès peut être aujourd'hui considérée comme terminée.

Constitué par l'initiative des Sociétés dentaires de France, dont la Commission d'organisation est l'émanation directe, ce Congrès a pris une extension considérable par l'adhésion des grandes fédérations professionnelles étrangères et la création des Comités nationaux qu'elles ont nommés. Il est devenu ainsi la représentation complète et régulière des Sociétés dentaires de l'ancien et du nouveau continent.

Les questions qui forment actuellement le programme scientifique et technique du Congrès, dues à la collaboration active des comités d'organisation de sections et des comités nationaux étrangers, résument les préoccupations et les aspirations du monde dentaire tout entier.

Dans le même ordre d'idées, les démonstrations pratiques, si appréciées dans notre art, ont été soigneusement choisies par les divers comités.

Les confrères qui doivent figurer à l'ordre du jour des assemblées générales, des assemblées de section ou des séances de démonstrations pratiques, représentent une sélection choisie parmi l'élite professionnelle de tous les pays.

Aussi, le volume des comptes rendus qui sera adressé à chaque adhérent représentera-t-il, à lui seul, l'état de la science dentaire en 1900.

Nous sommes donc dès maintenant assurés du grand intérêt qu'offrira ce nouveau Congrès, qui continue la tradition si brillamment inaugurée par les Congrès de Paris en 1889 et de Chicago en 1893.

La Commission d'organisation s'est préoccupée, de plus, d'assurer à tous les congressistes un voyage facile et un séjour agréable, avec le concours des comités de réception français et étrangers.

Afin d'employer les quelques journées du Congrès à des discussions utiles plutôt qu'à des lectures, chaque adhérent recevra à temps un exemplaire des rapports et des principales communications qui seront parvenus.

. Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous renouveler l'invitation déjà faite par de précédentes circulaires et de vous prier de nous adresser votre adhésion le plus tôt possible, pour nous permettre de prendre les dispositions les plus profitables à l'intérêt de tous les congressistes.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

La Commission d'organisation.

Adhésion au Congrès.

Pour adhérer au Congrès (Voir art. 2, 14 et 15 du règlement), prière de remplir le bulletin ci-joint, d'y ajouter sa carte de visite et de l'envoyer, pour la France, sous enveloppe fermée et affranchie, à M. le docteur *Sauvez*, Secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, et, pour l'étranger, au secrétaire du Comité national du pays auquel appartient l'adhérent.

Le montant de la cotisation devra être adressé en même temps, pour la France, à M. *Viau*, Trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris, et pour l'étranger, au trésorier du Comité national.

Tout membre du Congrès désireux d'être inscrit pour faire une communication ou pour prendre part à la discussion de l'un des rapports proposés, devra en informer le Secrétaire général.

La carte de congressiste donne droit à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant la durée du Congrès.

Extrait du Règlement.

Art. 2. — Le droit d'admission est fixé à vingt-cinq francs pour les membres titulaires et à quinze francs pour les membres participants. Les adhérents au Congrès auront droit à tous les avantages des Congrès officiels.

Les membres titulaires auront seuls droit au volume des comptes rendus.

Les dentistes et fournisseurs pour dentistes ne peuvent être admis que comme membres titulaires.

Art. 5. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sont priés d'en avertir le Secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis le texte de leurs communications contenant les conclusions en français, en anglais, en allemand ou en espagnol. La Commission fera traduire ces conclusions en français.

Art. 6. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie, Physiologie et Histologie ;

2° Pathologie spéciale et Bactériologie ;

3° Dentisterie opératoire et Thérapeutique spéciale ;

4° Anesthésie générale et locale ;

5° Prothèse, Orthopédie dentaire et restaurations faciales ;
6° Enseignement de l'Art dentaire ;
7° Histoire de l'Art dentaire, Législation, Jurisprudence et Déontologie ;
8° Hygiène, services dentaires publics ;
9° Démonstrations pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse ;
10° Présentations diverses : Musée. — Installations de cabinets d'opérations, de laboratoires, d'appareils électriques. — Comptabilité.

Art. 7. — Les travaux du Congrès comprendront :

1° Des communications ; celles-ci seront de deux sortes :

a. Les unes proposées à l'avance par la Commission d'organisation et devant faire l'objet de rapports ;

b. Les autres librement choisies.

Les communications seront en français, anglais, allemand, russe, italien ou espagnol ;

2° Des démonstrations pratiques (opérations de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire et présentations d'instruments nouveaux).

Art. 14. — Pour être membre titulaire du Congrès, il faut :

1° *Avoir le droit d'exercice légal dans le pays d'origine ;*

2° Exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame et tout acte contraire à la dignité professionnelle ;

3° Etre agréé par le Bureau national du pays d'origine, s'il en existe un, ou par le Bureau de la Commission d'organisation.

Art. 15. — Les femmes des congressistes, les étudiants en chirurgie dentaire, les médecins, les pharmaciens, les chimistes et, d'une façon générale, toutes personnes n'exerçant pas l'art dentaire, peuvent être admis par le Bureau de la Commission d'organisation, sur demande spéciale, à titre de membres participants.

Locaux. Quartier général.

La séance d'ouverture du Congrès aura lieu au *Palais des Congrès* sous la présidence de M. le professeur BROUARDEL, *Doyen de la Faculté de médecine de Paris.*

Les séances d'assemblées générales et de sections théoriques seront tenues à l'HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES, *28, rue Serpente.* C'est également à l'hôtel des Sociétés savantes que sera installé le quartier général du Congrès. Les congressistes pourront y faire adresser leur correspondance et y retirer les documents et communications à eux destinés. Un secrétariat spécial y fonctionnera à cet effet du 8 au 14 août.

Les démonstrations pratiques seront effectuées dans les locaux mis à la disposition du Congrès par l'École dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne et l'École odontotechnique de France, 3, rue de l'Abbaye.

Voyages. Logement.

Des réductions sur le tarif des transports ont été accordées par les Compagnies des chemins de fer de divers Etats (entre autres les chemins de fer portugais et espagnols qui offrent 50 0/0), ainsi que par la Compagnie générale transatlantique (10 0/0). Le ministère des affaires étrangères vient de faire connaître que les pourparlers engagés avec les Compagnies anglaises et italiennes avaient été admis en principe. Prière de s'adresser à ce sujet au Secrétariat général.

La Commission d'organisation du Congrès s'est mise en rapports avec diverses agences de voyages, notamment avec l'agence des

Voyages pratiques, 9, rue de Rome, à Paris, qui se chargera de fournir aux congressistes des logements dans les conditions les plus économiques, et à laquelle les adhérents peuvent s'adresser dès à présent. Une circulaire ultérieure précisera ces renseignements en les complétant.

Emploi du temps.

Les matinées, de 9 h. à midi, seront consacrées aux démonstrations pratiques et aux présentations dans les deux écoles.

Les après-midi seront consacrées, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2 aux assemblées générales, et de 3 h. 1/2 à 6 h. aux assemblées de section.

Le dimanche 12 août, aura lieu une excursion dans les environs de Paris.

Les soirées seront consacrées aux réceptions, dont les principales sont indiquées dans le paragraphe suivant.

Réceptions.

La Commission d'organisation recevra les Comités nationaux étrangers et les délégations le mardi 7 août.

Une réception générale des congressistes aura lieu à l'hôtel des Sociétés savantes, le 8 août.

Un banquet réunira de nouveau les membres du Congrès le samedi 11 août.

Une réception générale de clôture aura lieu dans la soirée du 14 août.

COMMISSION D'ORGANISATION

BUREAU.

Président d'honneur.

Dr LECAUDEY (Em.)✵, Président honoraire de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Président.

M. GODON (Ch.)✵, Président-Directeur de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Vice-présidents.

MM. DUCOURNAU, Président de l'Association de l'École odontotechnique.

Dr QUEUDOT, Directeur de l'Ecole odontotechnique.

RONNET, Président du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.

Dr MARTIN✵, Président de l'Association des dentistes du Rhône et de la région.

SCHWARTZ père, Président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est.

Secrétaire général

Dr Sauvez, Professeur à l'École dentaire de Paris.

Trésorier.

M. Viau (G.), Professeur à l'École dentaire de Paris.

Secrétaires.

MM. Burt, ex-Professeur à l'École odontotechnique.
D'Argent, Président de l'Association générale des dentistes de France.
Hivert, Professeur à l'École odontotechnique.
Dr Maire, Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.
Martinier, Directeur adjoint de l'École dentaire de Paris.
Siffre, Professeur suppléant à l'École odontotechnique.

Trésorier-adjoint.

M. Rodolphe, Professeur suppléant à l'École odontotechnique.

Membres.

MM.

Audy.......... de Senlis.
Bacque........ de Limoges.
Bruel......... de Paris.
Carrel........ de Nîmes.
Chouville..... de St-Quentin.
Cohen......... de Valenciennes.
Coignard...... de Tours.
Dr Davenport (I-B.). de Paris.
Dipparaguerre. de Bordeaux.
Douzillé....... d'Agen.
Fabre......... de Paris.
Frélézeau (Alf.). de Dijon.
Richard-Chauvin.. de Paris.
Richer......... de Vernon.
Rollin......... de Paris.
Guillot (M.)... de Paris.

MM.

Haller (M.).... de Lille.
Hélot (A.)..... de Brest.
Hervochon.... de Paris.
Lechesne....... de Caen.
Lée (H.)....... de Reims.
Lemerle....... de Paris.
Maleplate (J-P). de Paris.
Marion (De)... de Paris.
Mirebeau...... de Bordeaux.
Nux (Dr)....... de Toulouse.
Papot (Ed.).... de Paris.
Paulme........ de Paris.
Stévenin....... de Paris.
Torres........ de Bordeaux.
Tusseau........ de Paris.

Membres Adjoints.

MM.

Bertrand....... de Paris.
Boissier........ de Marseille.
Cabridens...... de Nice.
Camoin......... de Marseille.
Chapot......... de Nice.
Daboll (Dr)..... de Paris.
Dethès......... de Marseille.

MM.

Guillot (Dr).... de Lyon.
Laurent........ de Paris.
Mary........... de Paris.
Moulin-Franck. de Toulon.
Naudé.......... de Lyon.
Neech.......... de Paris.
Rozenbaum...... de Paris.

LISTE DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES ADHÉRENTES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.
Société d'Odontologie de Paris.
Association générale des dentistes de France.
Association de l'École odontotechnique de France.
Société odontologique de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis.
American Dental Club of Paris.
American Dental Society of Europe.
Association des dentistes du Nord-Ouest de la France.
Association générale des dentistes du Rhône et de la Région.
Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.
Société des dentistes du Sud-Ouest.
Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais.
Société des dentistes du Midi.
Société d'odontologie de Lyon.

COMITÉ DE PATRONAGE ET DE PROPAGANDE

SEINE ET RÉGION DE PARIS

La Commission d'organisation et MM.

Aguilhon de Sarran (Dr).
Amoëdo (Dr).
Arnold.
Ash.
Astié.
Barrett.
Baye.
Bailly.
Barbe.
Barrié.
Baudelot.
Beaussillon.
Bertrand.
Billet.
Bioux.
Blocman.
Bogue.
Bonnard.
Borcier.
Borkowski.
Brigiotti.
Collard.
Carbonnel.
Cecconi.
Charavet.
Charpentier.
Chaussebourg.
Choquet père.
Choquet fils.
Claser.
Cohen.
Cornelsen.
Cournand.
Conrath.
Contenau.
Cumming.
Crane.
D'Almen.
Darin (Dr).
Debray.
Décolland.
Delaunay.
De Croès.
Delorme.
Denis.
Devoucoux.
Diviani.
Didsbury (Dr).
Da Silva (Dr).
Dugit.
Durand (Dr).
Davenport William (Dr).
Du Bouchet (Dr).
Eilertsen.

MM.

Fabre.
Falcoz.
Faloy.
Fay.
Fichet.
Fournier.
Franchette.
Frantz.
Fresnel-Martinot.
Friteau (Dr).
Frey (Dr).
Gardenat.
Gires (Dr).
Giret.
Godard.
Goldenstein (Dr).
Goldschmidt.
Gravollet-Leblan.
Grimbert.
Gros.
Gross.
Guebel-Pierre.
Gaillard.
Hadley.
Heïdé.
Heraud.
Hermann.
Hirschberg.
Hirschfeld.
Hofzumahaus.
Hotz.
Houdoux.
Hugot.
Insall.
Isch-Wall (Dr).
Jean Francis.
Jeay.
Josef Mendel.
Klein.
Kuhn (Dr).
Lalement.
Lapière.
Lebigot.
Logan.
Legret.
Legros.
Lemière.
Levett (Dr).
Loup.
Löwenthal.
Magub.
Mahé.
Maillé.
Mamelzer.
Marié (Dr).
Martial-Lagrange.
Martin.
Meister.
Meng.
Meunier.
Meyenrock.
Michaëls.
Mora (Dr).
Ott.
Pinet (Dr).
Piton.
Pitsch (Dr).
Platschick.
Poinsot.
Possisselsky.
Prest.
Prével.
Quenot.
Roussel.
Rovillain.
Roy (Dr).
Ryan Georges.
Ryan Jean.
Spaulding (Dr).
Staviski.
Tireau.
Touvet-Fanton.
Touzée.
Vacher.
Waller.
Willer.
Weber.
Weber.
Wetzel.
Wilbert.

DÉPARTEMENTS

MM.

Adnet...... Charleville.
Alaux...... Toulouse.
Amillac.... Oran.
Athénas.... St-Denis (Réunion)
Arlet...... Corbeny (Aisne).
Barthélemy. Nancy.
Barthelotte Pamiers.
Beltrami... Marseille.
Berthaux... Soissons.
Bohl....... Castres.

MM.

Bonnaric... Lyon.
Bouvet..... Angers.
Bouvry..... Le Mans.
Brodhurst. Montluçon.
Bugnot (Dr). Rouen.
Calame..... Besançon.
Cazeaux.... Dunkerque.
Chemin (Dr). Toulouse.
Cludius.... Grenoble.
Cordelier.. Epinal.

MM.
Cossas..... Saïgon.
Crapez..... Reims.
Dejean..... Pau.
Denuit..... Chaumont.
Descoffre.. Versailles.
Dubourg ... Arcachon.
Duncombe... Lisieux.
Dupas (Dr).. Nantes.
Durand..... Lyon.
Duvoisin (Dr) Chartres.
Fayoux..... Niort.
Fléty ...... Dijon.
Gédon...... Pointe-à-Pitre.
Gerbault... Angoulême.
Giroux..... Autun.
Gruter..... Besançon.
Guénard (Dr) Bordeaux.
Guérin ..... Moulins.
Guérin fils. Moulins.
Hartmann.. Grenoble.
Harwood .. Lyon.
Hélot fils.. Brest.
Hess....... Montbéliard.
Houdié..... Toulouse.
Huron ..... Nancy.
Lefrant .... St-Dizier.
Lemarchand Granville.
Le monier... Nice.

MM.
Liébault.... Châtillon-s/Seine.
De Massias. Pau.
Millard (Dr). Dinan.
Monnin...... Le Mans.
Pastariano .. Constantine.
Pombet...... Le Havre.
Pont (Dr).... Lyon.
Portalier ... Rodez.
Prussenar... Orléans.
Reboulet (Dr) Lyon.
Richer...... Vernon.
Rigolet ..... Auxerre.
Robinson.... Bordeaux.
Rosenthal (Drs) Nancy.
Roussel..... Bordeaux.
Sintès....... Alger.
Schwartz.... Montpellier.
Tellier (Drs). Lyon.
Thomson .... Dinan.
Tournier-Daille Lons-le-Saulnier.
Vauvillier... Montpellier.
Védrenne.... Biarritz.
Vichot...... Angers.
Vichot...... Lyon.
Williams.... Lorient.
Wisner...... Nantes.
Whiting..... Vichy.

En cas d'erreur ou d'oubli prière de s'adresser au Secrétariat général.

COMITÉS NATIONAUX ÉTRANGERS

ALLEMAGNE

Comité national nommé par le *Central Verein Deutscher Zahnärzte.*

Président : M. le Professeur Dr Hesse (Leipzig) ;

1er *Secrétaire* : M. Parreidt (Leipzig) ;

2e *Secrétaire-Trésorier* : M. Schæffer-Stuckert (Francfort) (D. D. S).

MM. Professeur Dr Miller (Berlin), Professeur Dr Partsch (Breslau), Professeur Dr Berten (Munich), Professeur Dr Sachs (Breslau) (D. D. S.), Herbst (Brême), Dr Kirchner (Kœnigsberg), Albrecht (Marbourg).

AMÉRIQUE (ÉTATS-UNIS D')

Comité national nommé par l'*American National Dental Association.*

Président : Dr A.-W. HARLAN (Chicago).

Vice-Présidents : Drs JONATHAN TAFT (Cincinnati).
LOUIS JACK (Philadelphie).
H. A. SMITH (Cincinnati).
C. L. GODDARD (San-Francisco).
JOSEPH BAUER (Nouvelle Orléans).
W. C. BARRETT (Buffalo).
S. G. PERRY (New-York).
J. Y. CRAWFORD (Nashville).
E. T. DARBY (Philadelphie).
E. P. BEADLES (Danville).
H. J. MC. KELLOPS (St-Louis).
M. W. FOSTER (Baltimore).
W. E. GRISWOLD (Denver).
A. O. HUNT (Omaha).
E. C. KIRK (Philadelphie).
S. L. NORTHROP (New-York).
W. W. WALKER (Id.).
L. D. SHEPPARD (Boston).
B. HOLLY SMITH (Baltimore).

Membres : MM. Drs A.-H. Fuller (St-Louis), James Mauns (Hartford), T.-W. Brophy (Chicago), L.-L. Dunbar (San-Francisco), H.-N. Morgan (Nashville), Frank Holland (Atlanta), J.-D. Patterson (Kansas-City), Thos. Fillebrown (Boston), Thomas Weeks (Minneapolis), H.-S. Sutphen (Newark), Geo. H. Chance (Portland), W. Jarvie (Brooklyn).

ANGLETERRE

Comité national nommé par la *British Dental Association* (Meeting annuel d'Ipswich).

Président : Dr J.-H. MUMMERY (Londres).

Secrétaire : Dr W.-B. PATERSON (Londres).

MM. Drs Geo. Cunningham (Cambridge), Hopewell Smith (Londres), W.-H. Dolamore (Londres).

Comité de patronage et de propagande pour les colonies anglaises (en formation).

AUTRICHE-HONGRIE

Autriche.

Comité national nommé par le *Verein osterreichischer Zahnärzte* et le *Verein Wiener Zahnärzte.*

Président : Drs JOHANN PICHLER (Vienne).
JOHANN FRANCK (Vienne).
Secrétaire : RITTER VON WUNSCHHEIM (Vienne).
Trésorier : HERZ FRANKEL.

Professeur Bönnecken (Prague), Professeur Bleichsteiner (Gratz), Professeur Papsch (Innspruck), Dr Meyerhofer (Linz), Dr Tanzer (Trieste), Dr Hock (Salzbourg), Dr Schreier (Brünn), Dr Augst (Troppau), Dr Koblitz Schassbourg (Laibach), Dr Priessner (Klagenfurt), Dr Tropper (Graz).

Hongrie.

Comité national en formation.

BELGIQUE

Comité national nommé par l'*Association Générale des Dentistes de Belgique.*

Président : M. BARUCH (Bruxelles).
Secrétaire : M. QUINTIN (Bruxelles).
Trésorier : M. QUARTERMAN (Bruxelles).

MM. Decock (Anvers), Buttner (Courtrai), Poutrain (Tournai), Cerf (Liège).

BRÉSIL

Comité national formé par l'*Academia Brazileira de Odontologia.*

Président : Professeur ARISTIDES BENICIO DE SA.
Vice-Présidents : Id. ANTONIO GONCALVES PEREIRA DA SILVA.
Secrétaire-général : MM. RODOLPHE CHAPOT PREVOST.
Trésorier : DOMINGOS RIBAS.

MM. Custodio Milanes dos Santos, Camillo Boulte.

DANEMARK

Comité national formé par l'Association des chirurgiens-dentistes danois.

Président : Dr HADERUP M. D. (Copenhague).
Vice-Président : M. LINDHARDT (Copenhague).

MM. Christensen (Copenhague), L. Gormsen (Copenhague), Chr. Kior (Odense), Th. Andersen (Aalborg), A. Früs (Kolding).

ESPAGNE

Comité national nommé par la *Sociedad Odontologica española* et le *Circulo odontologico de Cataluña.*

Président : M. Florestan AGUILAR (Madrid).

Secrétaire : M. Losada (Madrid).
Trésorier : M. Trallero (Barcelone).
MM. Juan Otaola (Bilbao), Damians (Barcelone).

GRÈCE

Comité national formé par la *Société panhellénique dentaire d'Athènes.*
Président : M. Xanthakis (Athènes).
MM. Pampanos, Agabey.

HOLLANDE

Comité national formé par le *Tandheelkundig Genootschap* et la *Tandheelkundige Vereeniging.*
Président : M. J.-E. Grevers (Amsterdam).
Secrétaire : M. Van der Hoeven (La Haye).
Trésorier : M. F.-C.-A. Bolger (Haarlem).

ITALIE

Comité national et Comité de patronage et de propagande.
Président : Dr Avanzi (Vérone).
Secrétaire : M. Platschick (Vérone).
MM. Pape (Milan), Curion (Rome), Ribolla (Rome), Mela (G.) (Gênes), P. Amoretti (Gênes), E. Puppo (Gênes), Papa (Naples), Ribolla (Palerme), Brancati (Ancône), Casotti (Sassari).

JAPON

Comité national formé par l'*American dental society of Japan.*
Président honoraire : M. Orata.
Président : M. Takayama.
Secrétaire : M. Dr Ottofy.
Trésorier : M. Araky.
MM. Aoyama, Enomoto, Dr Ichinoi, Dr Isawa, Dr Suganuma, Tomiyasu.

MEXIQUE

Comité national nommé par la *Sociedad dental mexicana.*
Président : Dr Crombe.
Membres : Drs Carmona, Riguera, Thieso, Pastor, Hinojosa. Young.

NORVÈGE

Comité national formé par la *Société des Dentistes Norwégiens.*
Président : Dr H. O. Heide (Christiania).
Secrétaire : M. Smith-Honsken id.
M. Joh. Brun id.

RUSSIE

Comité national.
Président : Prof. LIMBERG (St-Pétersbourg).
Secrétaire : M. VOUGLE DE SVIDERSKY (St-Pétersbourg).
MM. I. S. Arkadieff (St-Pétersbourg), Dr Bourzeff (Moscou), Dr Margolin (Odessa), Kamensky (Kiew).

SUÈDE

Comité national formé par la *Svenska Tandläkare Sallskapet.*
Président : M. ELOF FORBERG, STOCKHOLM.
Secrétaire : M. ERNST SJÖBERG, STOCKHOLM.
MM. Georg. Forssmann, C. Sandstett.
Comité de patronage et de propagande : MM. Karl Laurén, John, Römy, Karl André.

SUISSE

Comité national.
Président : M. GUILLERMIN (Genève).
Secrétaire : M. THIOLY-REGARD (Genève).
MM. Prof. Dr Billeter (Zurich), Dr Theo. Frick (Zurich), Dr Respinger (Bâle).
Membres adjoints : MM. Boitel (Vevey), Brodtbeck (Frauenfeld), Bryan (Bâle), Correvon (Lausanne), Delphin (Genève), Fastcherin (Berne), Silvestre (Genève), Stoppany (Zurich).

LUXEMBOURG : Decker.
RÉPUBLIQUE ARGENTINE : Dr Etchepareborda.
PORTUGAL : Païla.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Comité des Finances et du Contrôle.

Président : M. DUCOURNAU.
Secrétaire : M. D'ARGENT.
MM. Viau, Rodolphe, Rollin.

Comité de la Presse.

Président : M. PAPOT.
Secrétaire : M. STÉVENIN.
MM. Viau, Hivert, Dr Darin, Dr Mora, de Marion.

Comité des vœux et résolutions.

Les vœux résultant des délibérations des divers comités (natio-

naux ou de section), examinés par le *Comité des vœux et résolutions*, feront l'objet d'un rapport présenté en assemblée générale.

Ce Comité est formé du Président et des secrétaires de la Commission d'organisation et d'un délégué, président ou secrétaire, de chacune des sections.

Comité des Comptes rendus.

Ce Comité est formé du Président, du Secrétaire général et des secrétaires de la Commission d'organisation et des membres du Comité de la presse. Ces derniers toutefois n'auront voix délibérative que s'ils font partie de la Commission d'organisation. Les secrétaires des sections seront également appelés en qualité de membres adjoints avec voix consultative pour la discussion des questions concernant leur section.

ORGANISATION SCIENTIFIQUE[1]

SECTIONS

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS[2]

1re Section.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE.

Président : M. BLOCMAN.
Secrétaire : M. CHOQUET.
MM. Dr Maire, Dr Amoëdo, Dr Queudot.
E. * Histoire de la fibrille dentinaire... Dr C. S. Tomes (Oxford).

---

1. Suivant les indications fournies par quelques Comités nationaux et afin de faciliter les travaux pendant le Congrès, les diverses Sections pourront être, s'il y a lieu, groupées d'après l'ordre suivant :

1er groupe :	scientifique.		(1re et 2e Sections).
2e	id.	technique.	(3e, 4e et 5e Sections).
3e	id.	d'ordre professionnel et social.	(6e, 7e et 8e Sections).
4e	id.	pratique.	(9e et 10e Sections).

2. La liste de rapports et communications publiée ci-dessous sera complétée, après la réception de toutes les communications actuellement promises par les Comités nationaux. Elle paraîtra dans la circulaire de juin avec les noms des auteurs devant prendre la parole en assemblée générale.

Les communications marquées d'un astérisque seront accompagnées de projections.

Les lettres qui précèdent les communications indiquent la langue dans laquelle elles seront probablement faites, savoir :

E. Anglaise.
F. Française.
D. Allemande.
Esp. Espagnole.

F.	La nutrition de la dentine suivant les influences physiologiques...	Dr Tellier (Lyon).
E. *	Sources de la nutrition de la pulpe dentaire....................	Profr-Dr Miller (Berlin).
	Réponse par.................	Dr Broomel (Philadelphie).
E. *	Sur la formation de l'émail.......	Dr Andrews (Massachussets).
E. *	Note sur l'émail des dents des marsupiaux et autres animaux à émail tubulaire (avec projections lumineuses)..................	Dr Williams (E. U.).
E.	Les sources de la nutrition de la pulpe dentaire...............	Dr Broomell (Philadelphie).
E.	Forme et volume de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires......................	Dr Arkovy (Budapest).
F.	Sur les mouvements du maxillaire inférieur et les règles qui en résultent pour la prothèse.....	Profr-Dr Hesse (Leipzig).
E.	De la philogénie du 5e tubercule de la 2e grosse molaire inférieure	Dr Alton Howard Thompson (Philadelp.).
F.	Collections anatomiques.........	Dr Verschtowen (Anvers).
E.	De l'usure mécanique des dents..	Dr Respinger (Bâle).
F.	Arcades dentaires temporaires et permanentes.................	Siffre (Paris).
F.	Les poils et les dents ; leur homologie.......................	Dr Quinet (Bruxelles).
E.	Dents molaires de maxillaire à racines obliques	W. Booth Pearsall (Dublin).
E.	L'éruption des dents............	E. L. Constant (Scarborough).
F.	Du mécanisme intime de résorption des tissus organiques et particulièrement des tissus dentaires	Josef Mendel (Paris).

2e Section.

PATHOLOGIE SPÉCIALE, BACTÉRIOLOGIE.

Président : Dr FREY.
Secrétaire : M. CHARPENTIER.
MM. Josef Mendel, Loup, Dr Davenport.

E.	Suppuration de la pulpe.........	Dr Harlan (Chicago).
F.	Erosion chimique...............	Dr Léon Frey (Paris).
E. *	Les corps analogues aux spores décrits sous le nom de Leptothrix	

racemosa, par Vicentini, sont-ils des exemples de sporulation pure?........................ Dr H. Mummery (Angleterre).

F. * Etude sur certains microbes de la carie dentaire................ Choquet (Paris).

E. Auto-intoxication comme facteur étiologique dans la production de la pyorrhée alvéolaire...... Dr E. C. Kirk (Philadelphie).

E. * Etat inflammatoire de la pulpe dentaire........................ Dr Hopewell Smith (Angleterre).

E. Les causes de l'érosion de la dent étudiées à un point de vue tout nouveau.................... Dr Louis Ottofy (Japon).

F. Essai de sialo-séméiologie. Application de l'analyse de la salive au diagnostic des affections diathésiques et des altérations gingivo-dentaires.................... Dr Michaels (Paris).

F. * Quels sont les microbes contenus dans la pulpe des dents mortes par traumatisme? Quel a été leur mode de pénétration?......... Dr Nux (Toulouse).

F. La carie dentaire, maladie constitutionnelle.................. Dr Flagg (Paraguay).

F. Les conséquences de l'extraction des dents temporaires sur l'évolution et l'éruption des dents permanentes................ Siffre (Paris).

F. Etiologie de la carie dentaire, tableau synoptique par........ Mlle Fanny Frey et Dr Léon Frey (Paris).

E. Quelques phases de la momification........................ E. R. Warner (Denver E.U.).

F. Pyorrhée alvéolaire............. (Touchard) (Paris).

E. Moyen facile d'évaluer la quantité de sulfo cyanure de potassium de la salive............. H. L. Albert (Londres).

F. Du rôle du mercure dans la stomatite mercurielle............ Loup (Paris).

E. L'influence de la salive sur la croissance des bactéries dans la bouche...................... Dr Fort (Atlanta).

E. Etude bactériologique de la pyorrhée alvéolaire.............. Dr Geo Cook (Chicago).

F. Présentation d'une dent éclatée.. Poinsot (Paris).

3e Section.

Dentisterie opératoire. Thérapeutique spéciale.

Président : M. Richard-Chauvin.
Secrétaire : M. Gross.
MM. Ducournau, Rodolphe, Hofzumahaus, Paulme.

E.	Résultats pratiques du coiffage de la pulpe	Walkhoff (Munich). Cunningham (Cambridge).
F.	Traitement de la carie des dents temporaires : son utilité	Ducournau (Paris).
F.	Les obturations de porcelaine	Gross (Paris).
E.	Du traitement de la pyorrhée alvéolaire	Younger (San-Francisco). W. Hern (Londres).
F.	Des meilleurs modes de traitement des dents infectées	Richard-Chauvin (Paris). Quintin (Bruxelles).
F.	Les obturations de porcelaine	Jenkins (Dresde).
F.	De la cataphorèse en art dentaire	Dr Pont (Lyon).
D.	De l'hémostase à la suite des extractions dentaires	Dr J. Franck (Vienne).
E.	L'action chimique des ciments dans la bouche	Dr Hinkins (Chicago).
F.	Abus de l'emploi des ciments et par quelles substances on peut les remplacer	Dr Dill (Suisse).
E.	Du traitement chirurgical des racines dont les apex ont été résorbés, perforés ou incomplètement développés par la greffe en éponge	Dr Brunton (Leeds).
F.	Traitement des canaux infectés par l'aspiration mécanique	Dr Dill (Suisse).
F.	Traitement préalable des racines avant la pose des couronnes	id.
F.	Traitement des sinusites des maxillaires	Poutrain (Tournai).
E. *	La science de la radiographie dentaire	Dr Price (Cleveland E. U).
F.	Notation abrégée des opérations dentaires	Limberg (St-Pétersbourg).
D.	Les résultats du traitement radical de l'abcès alvéolaire et du kyste radiculo-dentaire dans la conservation de la dent	Dr Rudolf Weiser (Vienne).

E.	L'hétéroplastie consécutive à l'amputation de la racine..........	Dr Rhein (New-York).
F.	Obturation au moyen d'un bloc d'émail ajustable.............	Touvet-Fanton (Paris).
F.	Des courants électriques unipolaires.......................	Dr Bouchacourt (Paris).
F.	La radioscopie au point de vue dentaire.....................	Guye (Genève).
F.	Antisepsie et cicatrisation des plaies et des lésions osseuses par l'ipsilène, l'ipsileur et l'ipsileuse.	D'Argent (Paris).

4e Section.

Anesthésie générale et locale.

Président : M. Ronnet.
Secrétaire : M. Jeay.
MM. D'Argent, Viau, Hivert.

F.	De la suppression de la sensibilité pulpaire dans les différentes interventions du dentiste........	Jeay (Paris).
E.	Sur la situation de l'anesthésie en art dentaire, à l'heure actuelle..	Dr Dudley-Buxton (Londres).
D.	L'emploi d'anesthésiques locaux pour l'extirpation de la pulpe...	Heitmüller Göttingen.
F.	Anesthésie par les réfrigérants....	Dr Sauvez (Paris).
F.	De l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote, soit seul, soit avec le chloroforme, et de l'innocuité relative de ces deux procédés...	Dr Darin (Paris).
F.	Anesthésie générale et extractions dentaires....................	Dr Friteau, Martinier (Paris).
F.	Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.....................	Dr Pinet-Jeay (Paris).

MM. les Docteurs Billeter, Respinger, Reuter prendront la parole sur l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.

F.	Etude comparée des véhicules divers des solutions anesthésiques de cocaïne et de ses succédanés..	Viau (Paris).
D.	Anesthésie générale par suggestion et par le chlorure d'éthyle.....	Brotdbeck (Suisse).
E.	Anesthésie dentaire par compression des régions auriculo-temporales	Dr Bryan (Suisse).

D. Considérations sur les injections de cocaïne.................. Dr Bleichsteiner (Gratz).
F. Perfectionnements nouveaux à l'anesthésie locale par réfrigération. D'Argent (Paris).

5e Section.

PROTHÈSE, ORTHOPÉDIE DENTAIRE ET RESTAURATIONS FACIALES.

Président : M. MARTINIER.

Secrétaire : M. WEBER.

MM. Michaels, Siffre, Rollin. Devoucoux.

E. Traitement chirurgical des défauts de la voûte palatine........... Dr Brophy (Chicago).
E. Sur la prothèse................ Essig (E.-U.).
E. Orthodontie et régularisation des os de la face. Le type américain de la difformation dento-faciale. Dr Angle (Saint-Louis).
E. Valeur comparative d'appareils à pont amovibles et inamovibles.. Cunningham (Cambridge).
E. * Sur le bridgework............. id.
D. Réponse par M. le Dr Weiser. ... (de Vienne).
F. De la protection des dents de lait. Dr Martin (Lyon).
E. Principes d'orthopédie dento-faciale........................ Case (E.-U.)
F. Sur un cas de prognathisme du maxillaire inférieur............... Poinsot (Paris).
D. De la position exacte des dents artificielles en cas de protrusion du maxillaire inférieur........... Parreidt (Leipzig).
E. * Communications avec modèles photographiques sur les dentiers artificiels pour suppléer à l'absence de la dentition temporaire chez un sujet de 4 ans............ Cunningham (Cambridge).
E. * Prothèse immédiate; résultats éloignés (projections)........... id.
E. * Torsion immédiate.............. Dolamore (Londres).
F. Résultats éloignés de la prothèse chirurgicale; présentation de malades. (Appareils Michaels).. Martinier (Paris).
F. De la valeur réelle de la prothèse chirurgicale en ce qui concerne l'intervention du chirurgien-dentiste........................ Dr Roy (Paris).
F. Des pièces à gencive continue.... Platschick (Paris).

D.	Sur la résistance que les dents offrent aux forces appliquées dans le traitement des irrégularités...	Hamer (Amsterdam).
D.	Prothèse immédiate après résection du maxillaire............	Dr Stoppany (Suisse).
D.	Traitement orthopédique du prognathisme..................	id.
E.	La dentisterie prothétique japonaise appropriée.............	Rinyvio. Kayano (Japon).
F.	Des avantages et des inconvénients des différentes matières employées en prothèse dentaire...	Devoucoux (Paris).
F.	Un appareil efficace et peu gênant pour la dilatation du maxillaire inférieur.....................	Douzillé (Agen).
F.	Avantages de la celluloïd en prothèse dentaire................	Rollin (Paris).
D.	Combinaison de ponts, couronnes et couronnes bandes pour la consolidation des dents ébranlées..	Dr Heiderhauss (Berlin).
D.	Résultat différentiel de la résorption des maxillaires supérieur et inférieur après l'extraction des dents et de l'articulation inclinée qui en résulte. Nouvel appareil reproduisant la forme de l'articulation temporo-maxillaire....	Dr Miller (Suisse).
E.	Le traitement précoce des bouches encombrées.................	J. F. Colyer (Londres).
E.	Pivot en platine cassant dans les dents de porcelaine...........	W. Booth Pearsall (Dublin).
F.	Des différents modes de rétention des appareils en prothèse dentaire.	Weber (Paris).
F.	Des meilleurs moyens d'obtenir l'antagonisme physiologique des maxillaires..................	Siffre (Paris).
F.	De la valeur comparative des divers moyens de rétention des appareils en prothèse dentaire..	Schwartz (Toulouse).
F.	De l'utilisation exclusive des métaux nobles comme moyens de rétention des appareils dentaires dans leurs points de contact avec les dents....................	Poinsot (Paris).

F. Présentation de modèles obtenus par la galvanoplastie.......... id.
F. De l'utilisation de l'électricité pour les recuits métalliques : or, platine, iridium et leurs alliages .... id.

6e Section.

ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE.

Président : Dr QUEUDOT.
Secrétaire : Dr ROY.
MM. Godon, Papot, Bruel.

E. De l'enseignement de l'art dentaire...................... Dr Holly Smith (Baltimore).
F. L'enseignement de l'art dentaire dans les différents pays........ Dr Roy (Paris).
E. Enseignement technique pratique (dentisterie opératoire)........ Richard-Chauvin (Paris).
E. Enseignement technique pratique (prothèse).................... Martinier (Paris).
E. De l'utilité d'associations nationales des écoles et des rapports internationaux entre les associations de cette nature.......... Spaulding (Paris). Bryan (Bâle).
D. Enseignement de l'art dentaire à l'école de Munich............ Prof. Dr Berten (Munich).
E. Étude sur la valeur comparative des diplômes de fin d'études dentaires.................... Headridge (Londres).
F. Éducation générale et spéciale préliminaire à l'admission dans les écoles dentaires............. Dr Queudot (Paris).
F. Enseignement scientifique et médical nécessaire au chirurgien-dentiste....................... Godon (Paris).
D. Modèles pour l'enseignement scientifique .... Dr Röse (Munich).
F. Enseignement de l'anesthésie dans les écoles dentaires........... Dr Darin — D'Argent (Paris).
F. Histoire de la presse dentaire.... Papot (Paris).
F. Enseignement technique théorique. Siffre (Paris).
F. Les progrès de l'enseignement dentaire en Suède .... Sandstedt (Stockholm).

D.	De l'utilité de l'enseignement pratique de la dentisterie opératoire et de la prothèse au moyen des appareils fantômes et procédés pédagogiques analogues.......	Dr Rose)Munich).
E.	Le crâne fantôme, son utilité dans l'enseignement et dans les cliniques........................	Brunton (Leeds).
E.	Nouvelle boucle avec protecteur, montée sur le fantôme.........	Id.
F.	De l'enseignement de la technique opératoire de l'extraction sur le cadavre	Lemerle fils (Paris).

7° Section.

Président : M. Lemerle.

Sous-Section A[1].

Histoire de l'art dentaire. Musées.

Secrétaire : M. Charpentier.

E.	Histoire de l'art dentaire........	Dr Jonathan Taft (Cincinnati).
F.	Histoire générale de l'art dentaire.	Lemerle (Paris).
E.	La pratique de l'art dentaire en Orient......................	Dr Ottofy (Japon).
F.	Utilité des musées dans l'enseignement de l'art dentaire.........	Charpentier (Paris).

Sous-Section B.

Législation, jurisprudence, déontologie.

Vice-Président : M. Stévenin.
Secrétaire : M. de Marion.

E.	Sur la morale dentaire internationale.......................	Dr Barrett (Buffalo).
E.	Sur les bases d'une entente dentaire internationale pour intervenir auprès des gouvernements en vue de l'établissement définitif des statuts de la profession dentaire et de la protection du public contre le charlatanisme..	Paterson (Londres).

1. A cette sous-section se rattache la visite du musée de l'Exposition centennale, organisé par M. Lemerle, pour l'Ecole dentaire de Paris, à l'Exposition universelle. Cl. XVI, gr. III.

F.	De l'utilité d'une entente dentaire internationale et de comités nationaux permanents	Stévenin (Paris).
F.	Etude des différents moyens proposés pour combattre le charlatanisme	De Marion (Paris).

8e Section.

HYGIÈNE ET SERVICES DENTAIRES PUBLICS.

Président : M. POINSOT.

Sous-Section A.
HYGIÈNE
Vice-Président: M. BONNARD.
Secrétaire : M. ROZENBAUM.

Sous-Section B.
SERVICES DENTAIRES PUBLICS
Vice-Président : Dr MORA.
Secrétaire : M. COLLARD.

D.	Hygiène des dents.............. But et objet de l'hygiène dentaire et buccale.................. De l'antisepsie buccale.......... Des brosses à dents............	Dr Röse de Munich.
E.	Sur l'hygiène dentaire publique...	Cunningham (Cambridge).
F.	De l'utilité des conférences d'hygiène dentaire et d'inspections dentaires dans les établissements d'instruction publique.........	Dr Mora (Paris).
F.	Indications et contre-indications des dentifrices................	Poinsot (Paris).
D.	La fondation Mellin............	Fenchel (Hambourg).
F.	L'hygiène du dentiste...........	Guye (Genève).
F.	L'alimentation artificielle des nouveau-nés en rapport avec la carie dentaire......................	Dr Théo Frick (Zurich).
F.	Création et fonctionnement du service dentaire de l'asile Ste-Anne (Paris)......................	Poinsot (Paris).
F.	Vulgarisation des principes d'hygiène dentaire et organisation du service dentaire dans les campagnes......................	Charpentier (Paris).
E.	Du service dentaire dans les écoles en Angleterre................	Fisk (Londres).
F.	Du service dentaire dans les éta-	

	blissements d'instruction publique	Cerf (Liège).
D.	Vulgarisation des principes d'hygiène dans le public	Jessen (Strasbourg).
F.	Exposé statistique de l'examen des dents des enfants dans différentes écoles de Suède	Förberg (Stockholm).
F.	L'état des dents de la population enfantine en Russie, et l'organisation du service dentaire dans les établissements d'instruction publique	Limberg (St-Pétersbourg).
F.	Programme des recherches sur l'état des dents chez les écoliers.	id. (St-Pétersbourg).
F.	L'inspection dentaire scolaire par le chirurgien-dentiste	Richer (Vernon).
E.	Indications et contre-indications des dentifrices	Lacour et Phaffli. (Genève).
E.	Instruction à donner aux patients sur les soins de la bouche et des dents	Dr Richard-Grady (Baltimore).

9e Section.

Président : M. Burt.

Sous-Section A.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE CLINIQUES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIE.

Secrétaire : M. Meng.

MM. Barrié, Brigiotti, Heïdé, Hugot.

E.	Fissure congénitale de la voûte palatine	Dr Brophy (Chicago).
E.	Cataphorèse	Dr Daboll (Paris).
E.	Traitement de la pyorrhée alvéolaire	Younger (S.-Francisco). Hotz (Paris).
E.	Redressements immédiats	Cunningham (Cambridge).
F.	Obturation composée (or et étain).	Levett (Paris).
F.	Démonstration de l'emploi de la matrice pour ciments et amalgames	F. Jean (Paris).
E.	Nouvelles compositions d'oxyphosphate de cuivre	Dr Ames (Chicago).
F.	Clinique de maladies de la bouche.	Professeur Sebileau (Paris).

F.	Carie dentaire à ses différentes périodes; aurification immédiate.	Trallero (Barcelone).
D.	Obturations de verre............	Dr Herbst de Brême.
	— à l'amalgame.........	
D.	Obturation hermétique à la place d'obturations radiculaires. Aurification à l'or submarine.........	
D.	Démonstrations sur les extractions.	Prof. Dr Berten (Munich).
D.	Traitement radical de l'abcès alvéolaire et du kyste radiculo-dentaire.	Dr Rudolf Weiser (Vienne).
F.	Emploi de l'or de Trey..........	Dr Trey (Bâle).
E.	Email fusible	Jenkins (Dresde).
F.	Obturations (amalgame et or amalgame et porcelaine)............	Dr Dill (Suisse).
	Obturations (or cristallisé et en feuilles).....................	
F.	Couronnes et ponts. Nouveautés techniques..................	id.
F.	Aurification à l'or de Genève.....	id.
F.	Implantation des dents..........	Dr Oscar Amoëdo (Paris).
	Traitement immédiat des dents à pulpe morte	id.
	Manière de monter les dentiers suivant les lois physiologiques et anatomiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et l'articulation des arcades dentaires chez l'homme...........	id.
	Résultats éloignés des implantations dentaires. Présentation de malades opérés depuis 10 ans..	id.
	Présentation d'appareils de prothèse immédiate et d'appareils à restauration définitive dans trois cas de résection partielle du maxillaire inférieur............	id.
E.	Couronnes par une nouvelle méthode......................	Dolamore (Londres).
E.	L'emploi de la « band matrix » pour les aurifications.........	Brunton (Leeds).
E.	Obturation composée employée dans la cavité, étain-or non cohésif d'Abbey et or cohésif de Nickold.....................	Dr Gordon White (Nashville E. U).

E. Incrustations de porcelaine...... Dr Joseph Head (Philadelphie).
E. Préparation et obturation d'une cavité à échelons dans une incisive ou une bicuspide avec de l'or cristal mat de Trey (Solila). Dr A. Owre (Minneapolis).
E. Le traitement des dents septiques sans pulpe.................. Dr Wassall (Chicago).
E. Obturation d'or. Cavité médio-occlusale dans la première molaire supérieure, démontrant la méthode de G. W. Black........

1° Préparation de la cavité ;
2° Extension par précaution ;
3° Points de rétention occlusaux ;
4° Emploi de l'or recuit et non recuit ;
5° Méthode pour finir (Emploi de la scie et des limes à finir de Black) ;
6° Contact convenable ;
7° Application scientifique de la digue de caoutchouc ;
8° Le système Wedelstaedt de mensuration et son application aux cavités de la bouche humaine. Dr Wedelstaedt (St-Paul, E. U).

E. Application de l'or cohésif....... Dr Franck Holland (Atlanta).
D. Compressions pour glandes salivaires. Clamp................. Dr Stolley (Flensbourg).

Démonstrations cliniques d'anesthésie par :

Cocaïne........................ MM. Viau, Hivert, Dr Sauvez de Paris. Bleichsteiner (Gratz).
Protoxyde d'azote .... M. Ronnet.
Protoxyde d'azote et chloroforme.. M. Darin.
Protoxyde d'azote et oxygène .... M. Weber.
Bromure d'éthyle et chlorure d'éthyle........................ M. Jeay.
Chloroforme et éther........... Dr Pinet et Jeay.
Chloroforme................... Dr Friteau et Martinier.
Nirvanine...................... M. Bonnard.
Réfrigérants.................... D'Argent, Dr Sauvez.

Sous-Section B.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE PROTHÈSE ET CLINIQUE DE PROTHÈSE.

Secrétaire : M. PLASTCHICK.

MM. Cecconi, Maleplate, Billet.

D.	Couronnes et travaux à pont. Confection d'un pont entier........	Dr Herbst (Brême).
F.	Appareil de fracture de maxillaires. Réduction de fractures du maxillaire sur le modèle.........	Martinier (Paris).
F.	Prise des empreintes au plâtre...	id.
F.	Présentation de modèles et appareils pour redressement du prognathisme de la mâchoire supérieure......................	Burt (Paris).
F.	Dents à pivot et couronnes perfectionnées.....................	Brodtbeck (Suisse).
F.	Couronnes et travaux à pont.....	Muller (Suisse).
E.	Redressement par ligature.......	Younger (E. U.).
F.	Couronne démontable pour supporter les plaques en forme de selle.	Griswold (E. U.).
F.	Expériences chimiques pour la séparation des métaux précieux employés en art dentaire.......	Nagy (Genève).
E.	Le contour moufle et ses avantages pour dentiers en caoutchouc....	Brunton (Leeds).
E.	Couronnes et travail à pont en porcelaine.....................	Dr Hartj Goslee (Chicago).
E.	Travail à pont et couronnes en porcelaine.....................	Dr Robert Good (Chicago).
E.	Système Jackson pour la construction d'appareils de redressement des irrégularités des dents......	Dr Jackson (New-York).
E.	Le four électrique et le recuiseur d'or électrique................	Dr Levitt Custer (Dayton, E. U.).
F.	Présentation d'appareils de restauration de la face..............	Dr Goldenstein (Paris).
F.	Confection des couronnes en porcelaine avec bagues de platine.	Platschick (Paris).
F.	Soudure de blocs sectionnels.....	id.
F.	Couronnes avec ou sans soudure..	Cecconi (Paris).
F.	Méthode pour obtenir des plaques de caoutchouc d'une épaisseur	

uniforme avec surfaces polies après la cuisson.............. Platschick (Paris).

F. Adaptation de la couronne Logan et de couronnes similaires aux appareils.................... Cecconi — Billet (Paris).

F. Réparation de pièces combinées or et caoutchouc avec soudures d'or sans destruction du caoutchouc....................... Cecconi (Paris).

F. Emploi d'appareils à essence.... Platschick (Paris).

F. Application de l'oxygène comprimé id.

F. Bases en celluloïd avec dents sculptées................... id.

F. Nouvel appareil écarteur du maxillaire supérieur............. Cecconi (Paris).

F. Pièces en gencive continue sur platine, caoutchouc, celluloïd.. Platschick (Paris).

F. Pièces en gencive continue avec dents spéciales non soudées.... id.

F. Présentation d'un chalumeau..... Foucou (Yverdon).

F. Démonstration d'un obturateur... id.

E. Moyen simple d'obtenir des plaques de vulcanite d'une épaisseur uniforme à surfaces polies après la cuisson.................. Vernon Knowles (Londres).

D. Un instrument reproduisant mécaniquement le mouvement du maxillaire inférieur........... P. Schwartz (Leipzig).

10e Section.

A. Musée, comprenant les moulages, pièces anatomiques, scientifiques, etc., ainsi que les méthodes d'enseignement;

B. Travaux, produits, procédés, présentés par des confrères ou par des écoles et sociétés professionnelles.

Président : M. Papot.
Secrétaire : M. Paulme.
MM. Dr Sauvez, Rollin, Franchette.

MM.

A. 1° Pièces de musée n'ayant pu figurer à l'exposition rétrospective.. Lemerle.

2° Travaux........................ Michaëls.

3° Anomalies et curiosités.......... P. Smidt Jensen (Altona).

4° Installation dentaire idéale de la Mellin-Stiftung.

5° Moulages sur le développement dentaire de l'homme..........	Dr C. Röse (Leipzig)
6° Collection d'échantillons de travail formant le syllabus de la mécanique dentaire à l'usage des étudiants de Londres......	Ecole dentaire de Londres.
7° Modèles de dents surnuméraires..	C. West (Londres).
8° Importante collection anatomique.	Jos. Verschueren (Anvers).
9° Modèles d'anomalies............	Buttner (Courtrai).
B. 1° Perfectionnement à la seringue en verre pour injections hypodermiques.....................	Hamonet (Angers).
2° Vaporisateur pour chlorure d'éthyle......................	*id.*
3° Crachoir aseptique.............	*id.*
4° Moulages en plâtre, présentant les résultats d'un appareil de redressement.....................	de Graeve (Lille).
5° Travaux et perfectionnements....	Dr Herbst (Brême).
6° Davier universel................	Dr Steffen (Nordseebad-Cuxhaven).
7° Seringue hypodermique..........	L. Quintin (Bruxelles).
8° Meuble portatif................	Buttner (Courtrai).
9° Nouveaux daviers..............	Caracatsanis (Athènes).
10° Nouveau tour d'atelier	*id.*
11° Echantillons préparés pour la fabrication de dentiers sans plaque. — Série de modèles pour l'intelligence de la méthode........	Dr C.-A. Samsiœ (Stockholm).

MICROSCOPES.

Des microscopes seront mis à la disposition des congressistes pour l'examen des préparations microscopiques prêtées par un certain nombre de confrères.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.

Radiographie.....................	MM. Radiguet.
Estampage......................	C. Ash et fils.

VISITE COLLECTIVE aux différentes parties de l'Exposition universelle intéressant l'art dentaire.

La 10e section est également chargée d'organiser une EXPOSITION PERMANENTE AVEC DÉMONSTRATIONS FACULTATIVES *d'instruments, outillages de cabinets d'opération et d'ateliers,* présentés par les fabricants ou fournisseurs pour dentistes.

Sont inscrites les maisons suivantes :

Paris......	C. Ash et fils *(Fourneaux, appareils à estamper, etc.)*.
	Billard-Lemaire *(Applications électriques, meuble dentaire, fauteuils, etc.)*
	Contenau et Godart fils *(Appareils se rattachant à la prothèse, etc.)*.
	Gaiffe et Cie *(Appareils électro-médicaux)*.
	Mamelzer et fils *(Fauteuils, etc.)*.
	Reymond frères *(Meubles dentaires, appareils électriques, etc.)*.
	Victor Simon.
	Société chimique des usines du Rhône *(Produits anesthésiques)*.
	Société française de fournitures dentaires.
	Veuve J. Wirth *(Fauteuils, Vulcanisateurs, Tours, etc.)*.
Neuilly-sur-Seine.	Joubert et Cie *(Produits anesthésiques)*.
Marseille.	Roch fils *(Divers appareils électriques, Crachoir à eau courante, etc.)*.
Berlin.....	Paul Volland.
Freiberg...	R. Schwarzbach *(Presse pour couronnes)*.
Nüremberg.	Heirich Kügemann *(Dents artificielles)*.
Pforzheim .	Erste continentale Zahnfabrik *(vitrine)*.
Londres...	C. de Trey.
—	The dental Manufacturing C^o.

ORGANISATION DE LA RECEPTION

Comité général de réception.

Président : Dr Lecaudey.
Vice-présidents: Dr Queudot, Dr Sauvez.
Trésorier: M. Viau.
Secrétaire: M. Rodolphe.
Membres: MM. Bonnard, Claser, Prével, Rollin, Rozenbaum.

Sous-Comité Allemand.

Président : M. Hirschfeld. *Secrétaire* : M. Goldschmidt. *Membres*: MM. Meister, Hotz, Delorme, Josef Mendel *de Paris.* MM. Schwartz, Weber, Cludius, Haller, *de province.*

Sous-Comité Américain.

Président: Dr Dubouchet. *Secrétaire*: Dr Roussel. *Membres*:

MM. D[rs] Barett, Barrié, Bogue, Crane, Daboll, I. Davenport, W. Davenport, Fay, Hotz, Gires, Levett, Meng, Ryan Georges, Ryan Jean, Da Silva, D[r] Spaulding, Younger.

Sous-Comité Anglais.

Président: M. Conrath. *Secrétaire*: M. Hadley. *Membres*: MM. Burt, Charpentier, Choquet, Insall, Neech, Waller, Webert, *de Paris*, MM. Brodhurst, Chouville, Duncombe, Harwood, Hélot, Lée, Le Monier, Whiting, *de Vichy*, Robinson, Williams (Lorient).

Sous-Comité Autrichien.

Président : D[r] Michaëls. *Secrétaire* : M. Meister. *Membres* : MM. D[r] Goldenstein, Weber, Hirschfeld.

Sous-Comité Belge.

Président : D'Argent. *Secrétaire* : Hirschberg. *Membres* : MM. D[r] Roy, Blocman, Fay, Prussenar.

Sous-Comité Espagnol.

Président : M. Ducournau, *Secrétaire* : M. Hugot. *Membres* : MM. D[r] Da Silva, Choquet, *de Paris*, MM. Cohen, Diparaguerre, Douzillé, *de province*.

Sous-Comité Italien.

Président : M. Brigiotti. *Secrétaire* : M. Cecconi. *Membres* : MM. D[r] Da Silva, Platschick.

Sous-Comité Russe.

Président : M. Viau. *Secrétaire* : M. Josef-Mendel. *Membres* : MM. Hirschberg, Possisselsky, Schleier, Schwabsky, Staviski, Rozenbaum.

Sous-Comité Suisse.

Président : M. Hotz. *Secrétaire* : M. Delorme. *Membres* : MM. Cludius, Gruter, Hofzumahaus, A. Meister, Ott, Wetzel.

Délégué pour les Etats Scandinaves : M. Heïdé.

AVIS

La présente circulaire sera complétée par la circulaire de juin 1900, qui sera adressée à tous les adhérents, ou sur demande spéciale.

Châteauroux. — Imp. A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, successeur.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE PARIS

(1900)

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné [1] ______________________________

____

demeurant à ______________________________

____

après avoir pris connaissance du ***Règlement****, déclare donner, par le présent Bulletin, mon adhésion au* Congrès dentaire international de Paris (1900) *et m'engage à verser à* ***M. VIAU****, trésorier, la somme de* vingt-cinq francs, *montant de ma cotisation.*

A ____________________, *le* ____________________ 190 .

Signature :

NOTA. — Adresser les adhésions, les communications, les demandes de renseignements, etc., à **M. le Dr E. SAUVEZ,** secrétaire général, rue de Saint-Pétersbourg, 17, à Paris. — Envoyer le montant des cotisations à M. VIAU, trésorier, boulevard Haussmann, 47, à Paris.

[1] Prière d'écrire lisiblement le nom, les prénoms, l'adresse exacte et complète, les titres et qualités, s'il y a lieu (professeur, diplômé de..., membre de...), etc.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Monsieur le Docteur E. SAUVEZ,

Secrétaire Général

17, rue de Saint-Pétersbourg

PARIS

20e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1900 VOL. XXIII



REVUE CLINIQUE

OBSERVATION CLINIQUE SUR UN ABCÈS DE LA VOUTE PALATINE

CONSÉCUTIF AU PORT D'UN APPAREIL A SUCCION

Par M. CHARPENTIER,

Chef de clinique à l'École Dentaire de Paris.

M. M..., âgé de quarante-cinq ans, employé de bureau, vient me consulter pour une suppuration de la voûte palatine, datant de cinq ans.

Les antécédents héréditaires sont bons, à part quelques crises rhumatismales du côté maternel. Tout enfant il a eu la rougeole ; à l'âge de treize ans, la variole ; à seize ans, fluxion de poitrine qui a récidivé à vingt-cinq ans et qui à l'époque actuelle se reproduit souvent. Quant aux antécédents locaux nous ne pouvons obtenir de renseignements bien précis : il accuse des névralgies, mais ne précise ni douleurs vraiment dentaires ni accidents de dents temporaires altérées ou d'éruption. Actuellement il dit souffrir de rhumatisme avec manifestations intestinales ; il se plaint également d'une gastrite chronique.

État local. — Le malade ne présente plus aucune dent

au maxillaire supérieur ; au maxillaire inférieur il ne reste plus que les six dents de bouche. Toutes les dents absentes sont tombées sans carie par suite de périodontite expulsive, la première dent ébranlée et extraite par suite de cet ébranlement date de l'âge de seize ans (il y a vingt-neuf ans de cela).

Il porte depuis six ans un appareil prothétique complet du haut avec succion ronde creusée dans la cuvette de l'appareil ; depuis qu'il porte cette pièce il s'est plaint d'un gonflement dans la région palatine auquel il ne prêta pas grande attention jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle, vraiment gêné par l'œdème, il pressa sur cette sorte d'excroissance représentant la succion en relief et fit sourdre au niveau du conduit palatin antérieur une assez grande quantité de pus de couleur verdâtre.

A l'examen de la bouche on constate en effet un véritable décollement de la muqueuse, qui est crevassée et présente dans son milieu une sorte de sillon non ouvert ; la muqueuse palatine semble gondolée dans toute son étendue. Par la pression digitale nous faisons sortir une quantité de pus variable et constatons ainsi un abcès s'étendant des bords de la succion jusqu'au conduit palatin antérieur, abcès se vidant facilement par ce dernier conduit et récidivant. Il n'y a pas de douleurs.

Traitement. — Le traitement est confié à M. Baudet, élève de 3e année.

Nous employons tout d'abord des lavages d'eau oxygénée faits à l'aide d'une seringue, après avoir élargi largement le conduit, après quoi nous avons recours à une solution de chlorure de zinc à 20 o/o. Quelques jours après un mieux notable se constate, les injections à l'oxyde de zinc sont supprimées et remplacées par d'autres au chloral à 2 o/o. L'accident disparaît peu à peu et quinze jours après nous pouvons constater une guérison presque complète. Naturellement la cause initiale, c'est-à-dire le port de l'appareil, a été dès le début contre-indiquée.

MORTIFICATION D'UNE DENT AVEC OSTÉO PÉRIOSTITE DU MAXILLAIRE

A LA SUITE DE REDRESSEMENT PAR LA ROTATION BRUSQUE

Par M. INDJÉYAN, chirurgien-dentiste.

Mlle G., 15 ans, bien portante, vient au mois de novembre dernier à notre consultation. Elle souffre, depuis une semaine, dans toute la région temporo-maxillaire droite, mais en particulier dans la région malaire et oculaire.

En effet, à l'inspection nous constatons que la lèvre supérieure est projetée en avant et qu'il y a exophtalmie du côté droit. A la palpation, elle ne peut pas supporter le moindre toucher sur la lèvre et sur la joue, la douleur est extrêmement vive. Dans la bouche, les gencives de la mâchoire supérieure sont considérablement tuméfiées, l'incisive latérale supérieure droite est très chancelante, il y a du pus autour du collet de la dent. Hâtons-nous de dire que la dent était noire, sans la moindre trace de carie et en latéroversion assez prononcée.

Le diagnostic était des plus faciles : *ostéo-périostite de la mâchoire supérieure consécutive à la mortification de l'incisive latérale.*

Pour pouvoir établir la cause initiale de cette mortification, nous avons demandé à notre malade si elle était tombée, si elle avait subi un choc, reçu un coup, etc. Mais à toutes ces questions, elle a répondu négativement. Seulement elle nous a dit qu'à l'âge de dix ans elle avait été conduite chez un dentiste pour faire corriger la direction de cette dent qui poussait de travers. Le dentiste avait corrigé cette anomalie séance tenante, avec un davier, ce qui l'avait fait d'ailleurs assez souffrir. Mais, suivant le dire de notre malade, la dent était à peine restée quelques mois dans sa nouvelle position et avait vite repris la direction vicieuse. C'est dans cet état que nous l'avons vue. Notre malade nous a dit qu'après l'opération son dentiste lui avait prescrit des lavages antiseptiques, qu'elle avait faits

régulièrement. Donc les accidents septiques d'ordre secondaire n'y sont pour rien; il ne nous reste comme cause que le choc opératoire, soit *torsion énergique du faisceau vasculo-nerveux,* soit *rupture* complète de ce dernier.

Comme traitement, nous avons pratiqué l'extraction de la dent — ce qui était tout indiqué — suivie de greffe. Nous avons vu notre malade dernièrement; tout désordre avait disparu et la dent greffée tenait parfaitement.

De cette observation nous tirons deux conclusions: 1° *On peut et on doit pratiquer la greffe dentaire même dans des mauvaises conditions, comme dernier moyen de conservation;* 2° *on doit préférer pour un redressement la méthode avec un appareil, méthode lente, mais sûre, au procédé de rotation brusque.*

Nous ne voulons pas discuter ici tous les accidents qu'on doit redouter à la suite de cette opération barbare; cette observation clinique nous en dit assez. D'ailleurs cette question est traitée d'une façon très savante par M. Martinier dans son livre intéressant : *Manuel du chirurgien-dentiste.*

Toutefois, pour être juste, nous ne nous rallions pas à ceux qui veulent bannir d'une façon absolue ce procédé du cadre de la chirurgie dentaire, car il peut cependant nous rendre quelquefois des services.

Les insuccès de cette méthode sont dus à coup sûr aux anomalies radiculaires — qui, au lieu d'être à peu près rondes et allongées, sont aplaties, tordues ou recourbées — accompagnant bien souvent les anomalies de direction. Donc si d'une façon ou de l'autre il nous était possible de constater l'existence ou l'absence de ces anomalies, nous aurions agi en conséquence.

Certes, nous possédons deux moyens pour arriver à ce résultat : 1° la *palpation digitale* sur la gencive, moyen, pour nous, très médiocre et insuffisant; 2° la *radioscopie* et la *radiographie,* moyens infaillibles, sûrs, mais un peu difficiles à pratiquer.

J'ai eu maintes fois l'occasion de radioscoper, avec M. Davy, la région antérieure des mâchoires et j'ai eu de bons résultats.

Ainsi donc, suivant nous, on n'est autorisé à pratiquer le procédé de redressement immédiat que lorsqu'on a déjà radioscopé le sujet et qu'on a constaté qu'il ne présentait pas d'anomalie radiculaire.

Travaux Originaux

GUIDE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE ET BUCCALE

Par le Dr C. Röse, de Munich.

PRÉFACE

C'est une erreur commune de ne pas attacher une importance suffisante aux règles de l'hygiène en général. Bien des maladies seraient évitées si ces règles étaient davantage observées : les médecins ne cessent de le dire. Mais les médecins ne sont pas seuls à le reconnaître : les dentistes sont absolument d'accord avec eux sur ce point et ils expriment journellement le regret que les principes d'hygiène buccale ne soient pas mieux connus et plus suivis. Si le public était pénétré de l'absolue nécessité d'observer les règles d'hygiène pour prévenir nombre d'altérations du système dentaire, il se tiendrait plus en garde contre les conséquences de leur inobservation, soit en les prévenant, soit en les arrêtant au début de leurs manifestations. Ce qu'il y a de plus simple à cet égard, c'est que chaque individu fasse examiner sa bouche par un praticien 2 ou 3 fois par an. Cet examen devrait se faire aussi et surtout dans les écoles, où les enfants seraient soumis à une inspection dentaire semestrielle.

Nous avons, pour notre part, préconisé ces inspections et applaudi ceux de nos confrères qui en ont organisé et qui y procèdent. C'est ainsi que nous visitons périodiquement nous-mêmes les dents et la bouche des enfants des écoles du 8e arrondissement de Paris. C'est pour cela que nous approuvons sans réserve la tâche entreprise par le Dr Röse, qui s'est acquis une réputation méritée par ses études sur les dents des enfants, par ses recherches statistiques et ses nombreux travaux scientifiques si intéressants.

Le Dr Röse nous a demandé notre avis : nous ne pouvons que l'encourager à persévérer dans la voie où il s'est engagé et le féliciter de sa tentative pour vulgariser d'une manière simple, claire, précise et frappante, les règles d'hygiène qui doivent inspirer la ligne de conduite des gens soucieux de rester en bonne santé.

Ch. GODON.

PRÉFACE DE LA 3e ÉDITION COMPLÈTEMENT REFONDUE.

Mes recherches étendues sur près de 14.000 enfants des écoles dans le Grand Duché de Bade et en Thuringe en 1894 m'ont permis de faire cette triste constatation que dès l'enfance les maladies dentaires sont très répandues sans qu'elles soient soupçonnées. Il est urgent d'y remédier si nous ne voulons pas que nos descendants soient étiolés dans quelques générations. Ce remède ne peut toutefois produire son effet que si les milieux populeux sont sans cesse éclairés sur l'utilité et la nécessité d'avoir des dents saines. C'est dans les écoles primaires qu'il faut commencer.

C'est dans ce but qu'ont été publiées les deux premières éditions de ce livre de renseignements, destinées principalement aux instituteurs publics et distribuées gratuitement à ces derniers par milliers d'exemplaires en partie par moi-même, en partie par des confrères amis dans les divers Etats confédérés.

Malheureusement ces efforts n'ont pas eu d'effet durable. L'intérêt que les instituteurs y prirent au début se ralentit, parce que l'autorité supérieure ne le secondait pas.

Puis vinrent mes recherches sur 5.600 Bavarois soumis à la revision : 5 o/o d'entre eux seulement avaient encore une dentition complètement saine. Ces recherches établirent en outre ce fait important que les hommes impropres au service ou seulement aptes au service conditionnellement étaient en grande partie arriérés dans leur développement corporel parce qu'ils possédaient des dents extrêmement mauvaises.

LA PUISSANCE MILITAIRE DE NOTRE PAYS EST AINSI CONSIDÉRABLEMENT AFFAIBLIE PAR SUITE D'UNE HYGIÈNE DENTAIRE DÉFECTUEUSE DANS L'ADOLESCENCE.

Ce fait à lui seul remplit des volumes entiers et, depuis, le Service supérieur de santé de l'armée bavaroise a veillé d'une façon digne d'éloges à ce qu'il soit donné des soins dentaires aux soldats dans une large mesure.

L'école primaire et l'armée, telles sont les deux forteresses que doit conquérir l'hygiène dentaire et buccale. Mais les forces des dentistes seuls ne suffisent pas pour cette conquête ; il nous faut tout d'abord chercher des auxiliaires dans les milieux médicaux et dans le public éclairé et en premier lieu chercher à répandre parmi eux la connaissance de l'importance de l'hygiène dentaire.

Dans des brochures explicatives la plus grande brièveté est de rigueur à cause du peu de loisirs dont disposent ces lecteurs. Par contre, il est besoin de plus de détails pour les lecteurs qui exigent vraiment des éclaircissements et non pas seulement une nomenclature des règles d'hygiène dentaire exempte de développement. Mal-

heureusement on ne peut pas réunir ces deux choses. Des dessins bien faits, que je n'ai pas épargnés, contribuent notablement à la clarté de l'exposé, mais augmentent aussi le prix d'un livre.

Pour mettre, malgré cela, cet opuscule à la portée des gens moins favorisés de la fortune, son prix de vente a été fixé si bas que seuls les frais d'impression peuvent être couverts. J'adresse donc à mon éditeur, M. le Dr Gustave Fischer, mes remercîments les plus vifs pour son désintéressement en cette circonstance.

Puissent beaucoup d'amateurs de renseignements trouver profit dans les indications qui suivent. C. Röse.

Munich, avril 1900.

Avant-propos.

C'est avec juste raison que les peuples civilisés méprisent un homme malpropre qui ne se nettoie pas. Il est en effet d'usage que tout homme convenable prenne certain soin de sa peau. Pourquoi est-ce un usage ? On a observé dans la suite des siècles que les hommes malpropres sont plus souvent atteints de maladies cutanées et autres que ceux qui sont propres. La répulsion contre les maladies dégoûtantes s'est alors tournée peu à peu insensiblement contre la malpropreté elle-même, et à présent toute propreté défectueuse de la peau qui se voit offense notre sentiment de la beauté.

Les inconvénients d'une hygiène buccale défectueuse sont beaucoup plus grands que ceux d'une hygiène défectueuse de la peau; malheureusement ils ne sont pas visibles pour l'œil inexercé. Le sentiment général de la beauté n'est en général lésé que si les dents antérieures sont malades. C'est pourquoi beaucoup de gens font volontiers tous les sacrifices pour la conservation de leurs dents antérieures qui se voient, tandis que les molaires, beaucoup plus importantes au point de vue de la santé, mais invisibles, sont abandonnées à la carie sans salut. Si chacun pouvait jeter un regard dans les *fosses à fumier* qui sont assez souvent cachées derrière des dents antérieures passablement entretenues, la répugnance générale se tournerait bien vite contre tous les possesseurs de bouches malpropres. Il n'est pas rare certes que l'odorat découvre des défauts invisibles pour l'œil. Le plus grand nombre des cas d'haleine fétide provient d'une hygiène dentaire et buccale défectueuse.

D'après un dicton généralement répandu on peut mesurer le degré de civilisation d'un peuple par sa consommation de savon. Puisse-t-on bientôt *mesurer aussi bien le degré de civilisation générale d'un peuple par sa consommation de dentifrices.*

I. — But des dents.

Il existe deux vieux proverbes dont on ne tient malheureusement

pas suffisamment compte : « *Le pain dur donne des joues rouges* » et « *ce qui est bien mâché est à demi digéré* ». La santé d'un homme ne dépend pas de la quantité qu'il absorbe, mais de la quantité d'éléments nutritifs *digérés.*

Cependant les aliments ne sont convenablement digérés, surtout les féculents, que s'ils ont été au préalable suffisamment mélangés à la salive dans la bouche.

La sécrétion d'une quantité de salive suffisante pour la digestion ne s'obtient que par une mastication convenable. Si l'on ingère des aliments trop mous, il n'est pas besoin de mastiquer très vivement. L'excitation que la mastication des aliments exerce sur la sécrétion des glandes salivaires manque plus ou moins ; il en résulte que les glandes ne sécrètent qu'une faible quantité de salive inefficace. Cette salive insuffisante n'est pas non plus mélangée d'une manière intime aux aliments absorbés en cas de mastication faible. L'estomac et l'intestin ne peuvent pas digérer complètement les aliments mélangés à trop peu de salive. Les aliments mal digérés causent des phénomènes de fermentation anormaux et influent ainsi défavorablement sur l'action de l'intestin.

En second lieu les dents ont une importance considérable pour la phonation. En particulier les sifflantes si fréquentes dans le langage ne peuvent pas se prononcer du tout ou ne le peuvent que très imparfaitement après la perte des dents de devant.

II. — Structure des dents.

Quiconque veut observer en connaissance de cause une hygiène dentaire et buccale appropriée ne doit pas négliger de s'instruire auparavant des éléments dont se compose la structure des dents, au moins d'une façon superficielle.

Les dents de l'homme sont composées de quatre tissus différents. La partie essentielle est constituée par l'*ivoire*, corps dur, qui entoure une cavité, *la chambre pulpaire*, remplie quand la dent est vivante par le tissu conjonctif mou constituant *la pulpe.* Cette pulpe dentaire est traversée par de nombreux vaisseaux sanguins et de nombreux filets nerveux. A cause de sa grande sensibilité cette moelle dentaire est appelée *nerf dentaire* tout court dans le langage courant.

A la pointe radiculaire chaque dent présente une ouverture étroite, à travers laquelle des vaisseaux sanguins et des nerfs se détachent des branches du maxillaire pour aboutir à la pulpe dentaire. La figure 2 montre de quelle façon les minces vaisseaux sanguins se détachent des troncs principaux dans l'intérieur de l'os maxillaire inférieur pour se diriger vers les ouvertures radiculaires.

La partie coronaire de l'ivoire est recouverte par le tissu le plus dur du corps, par l'*émail.* La portion radiculaire entoure une couche

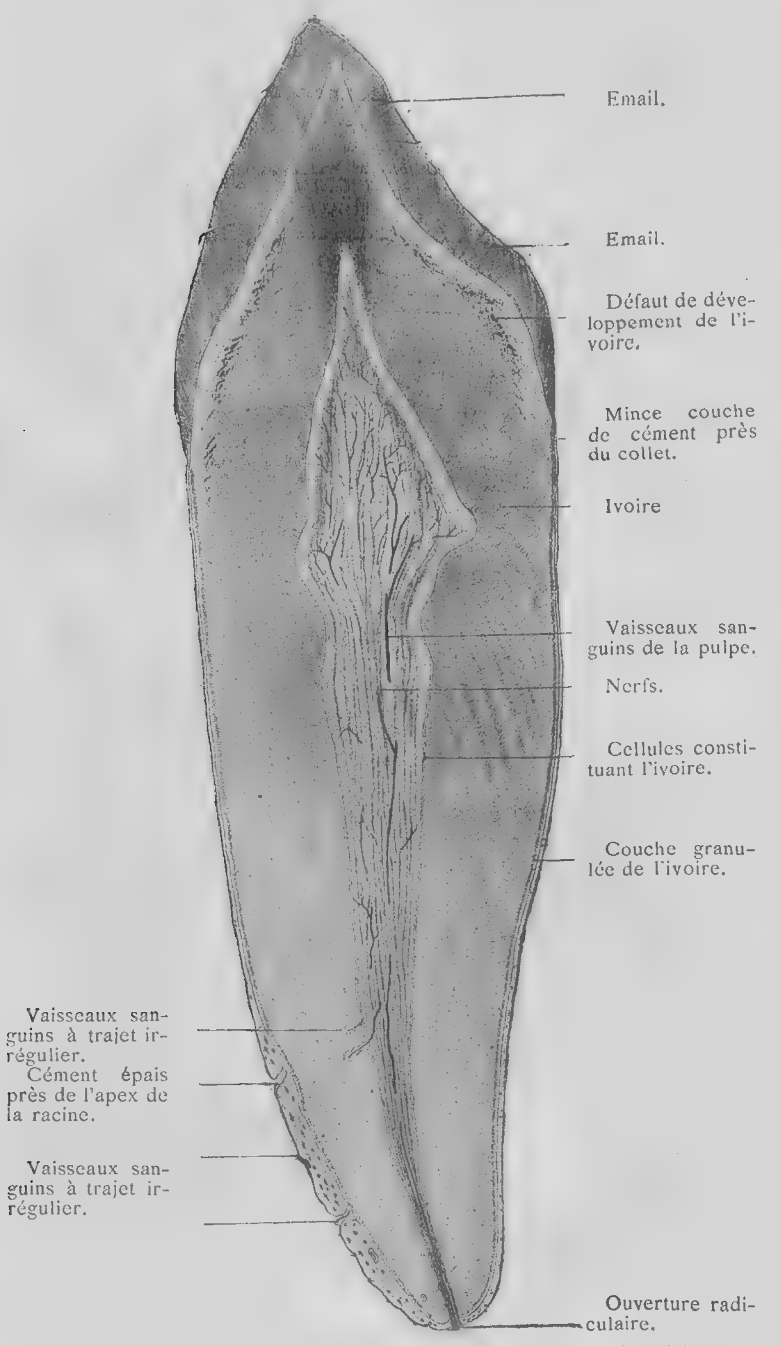


Fig. 1. — Section longitudinale d'une canine humaine grossie 7 fois

plus ou moins mince de *cément* analogue au tissu osseux. Au *collet* se séparent la coiffe d'émail de la couronne et la coiffe de cément de la racine.

Quant à la forme extérieure des dents, il faut distinguer d'abord les *dents de lait* des *dents permanentes*. La dentition complète de l'enfant compte vingt dents. Dans chacune des quatre moitiés du maxillaire se trouvent deux incisives de lait, une canine de lait, deux molaires de lait. D'ordinaire paraissent d'abord dans le septième mois les incisives de lait moyennes inférieures, puis viennent les moyennes supérieures, les latérales supérieures, enfin les latérales inférieures. A un an, un an et demi les premières molaires de lait font éruption, puis bientôt après les canines de lait. Les deuxièmes molaires de lait ne percent la gencive qu'à deux ans, deux ans et demi.

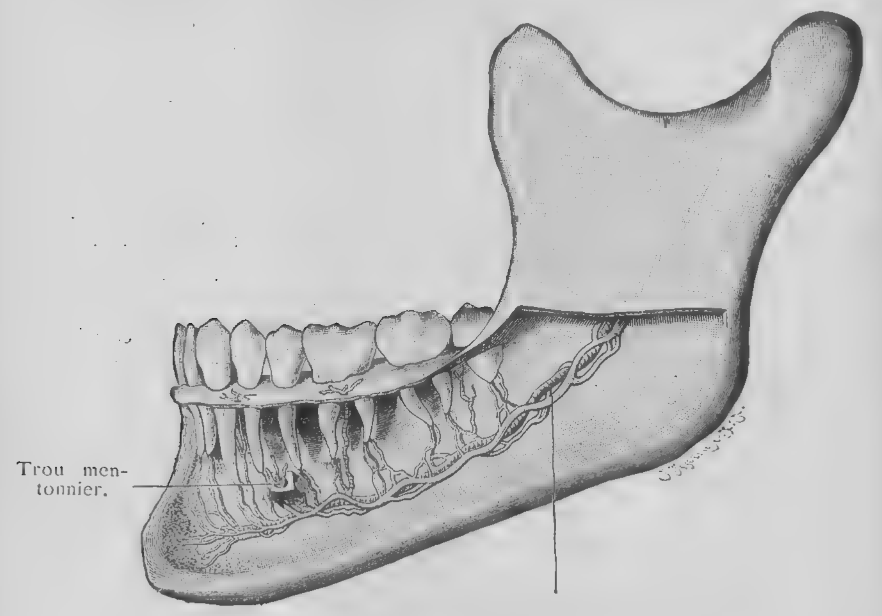


Fig. 2. — Maxillaire inférieur de l'homme, dont la paroi osseuse externe a été taillée au ciseau. Grandeur naturelle.

Les trente-deux dents permanentes se développent dans l'intérieur du maxillaire au-dessus, au-dessous, à côté et au milieu des racines des dents de lait (fig. 5). En outre des vingt dents qui remplacent la dentition de lait dans la partie antérieure du maxillaire, l'adulte possède dans la partie postérieure des maxillaires encore trois grosses molaires à chacun. Celles-ci ne succèdent pas à d'autres dents. *La*

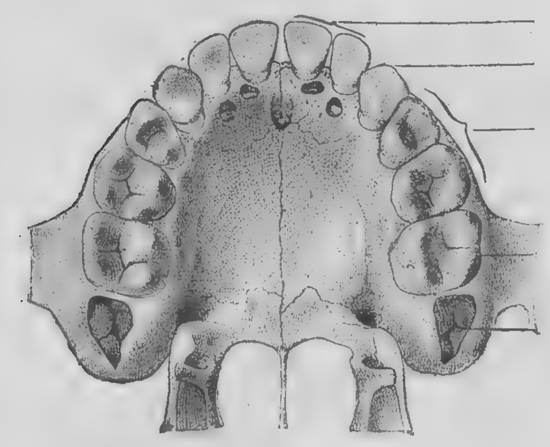


Fig. 3. — Maxillaire supérieur d'un enfant de 6 ans. Grandeur naturelle.

Alvéole osseux pour l'éruption de la dent de sagesse.
Deuxième molaire permanente.
Première molaire permanente.
Deuxième dent de lait permanente.
Première dent de lait permanente.
Canine de lait.
Incisives de lait.

Fig. 4. — Maxillaire inférieur d'un enfant de 6 ans 1/2. Grandeur naturelle.

Le remplacement des vingt dents de lait par des dents permanentes correspondantes a lieu de la septième à la douzième année.

Les dents permanentes apparaissent en moyenne à l'âge indiqué dans la figure 7 pour chaque dent par un nombre.

Les deux rangées des maxillaires supérieur et inférieur se juxtaposent de telle façon que chaque dent du haut ne repose que par les



Fig. 8. — Maxillaire de l'adulte avec l'antagonisme naturel des dents, vu de côté Grandeur naturelle.

deux tiers de sa face triturante sur la dent antagoniste correspondante, par un tiers sur la dent du maxillaire inférieur la plus voisine.

Dès que les dents permanentes sont sur le point de faire éruption, les racines des dents de lait sont de plus en plus absorbées par le sang. Finalement la couronne de la dent de lait privée de sa racine tombe d'elle-même.

Les deux molaires permanentes font éruption en moyenne à l'âge de douze ans et demi derrière les deux premières molaires permanentes. Chez beaucoup d'Européens la troisième molaire ou dent de



Fig. 9. — Racine d'une canine inférieure de lait dans diverses phases de développement. Grandeur naturelle.

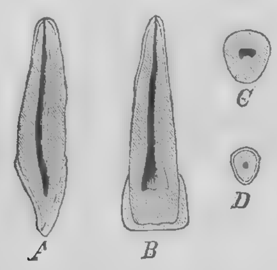


Fig. 10. — Incisive moyenne supérieure. A et B sont deux sections longitudinales différentes, C et D des sections transversales suivant le collet et au 1/3 de la racine. Grandeur naturelle.

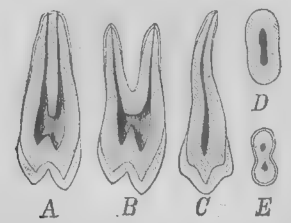


Fig. 11. — Première molaire supérieure. A, B, C, sont 3 sections longitudinales. D est une section transversale suivant la chambre pulpaire étendue en forme de biscuit à la hauteur du collet. E, section transversale au 1/3 d'une racine avec 2 canaux radiculaires séparés. Grandeur naturelle.

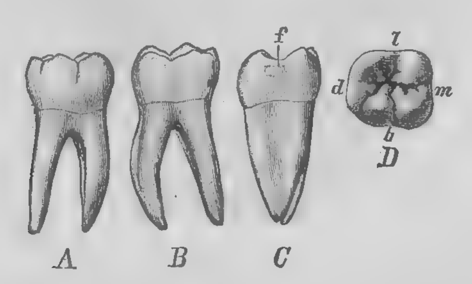


Fig. 12. — Première molaire inférieure permanente. Grandeur naturelle.

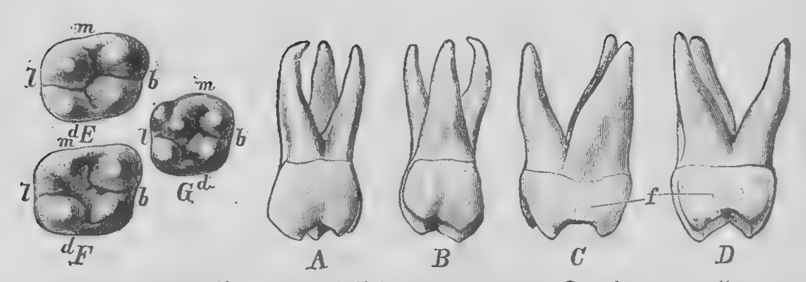


Fig. 13. — Première molaire inférieure permanente. Grandeur naturelle.

Muscle masticateur interne — Muscles profonds du cou. — Première vertèbre cervicale. — Vaisseaux sanguins.

M. stylo-phar.
M. biventer.
To.
To.
Mandibula.
M. masseter.
A. maxill. ext.
Z.
M. pal. phar.
M. pal. gloss.
Vestibulum oris.
M. buccinator.
M. triangularis.

Lèvre.

Fig. 14. — Coupe horizontale de la cavité buccale de l'homme. Grandeur naturelle.

sagesse ne se développe pas du tout. Elle fait éruption en général entre la dix-septième et la quarantième année. Rarement une quatrième molaire surnuméraire fait éruption après la dent de sagesse.

Les incisives et les canines n'ont d'ordinaire qu'une racine sphérique et comme conséquence une chambre pulpaire simple en forme de fuseau. Les petites molaires permanentes ont de même une racine seulement au maxillaire inférieur, mais au maxillaire supérieur tantôt

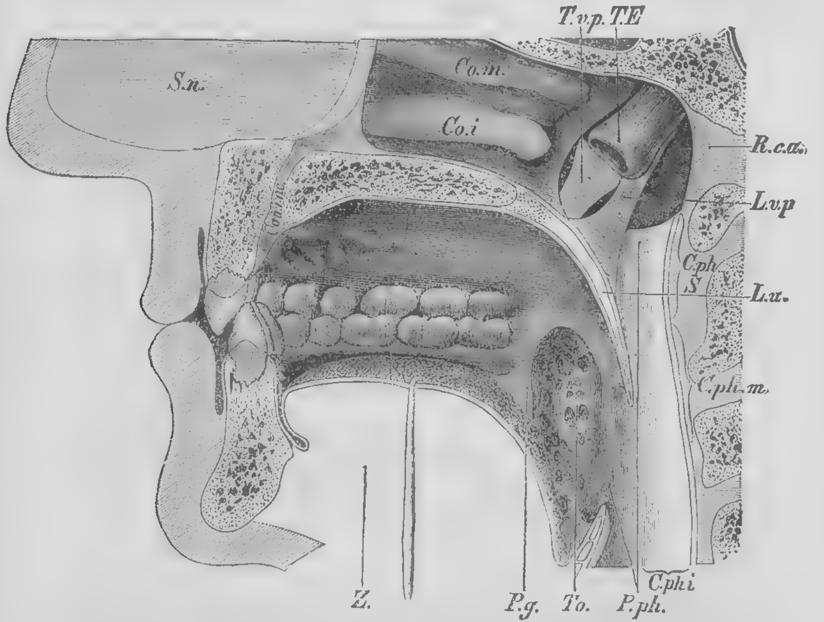


Fig. 15. — Coupe verticale suivant la ligne médiane de la cavité buccale de l'homme. La langue Z est dérangée de sa position normale et appliquée contre le palais pour rendre visibles toutes les faces intérieures des couronnes. Grandeur naturelle.

une, tantôt deux, rarement trois racines séparées. Chaque racine contient un ou deux canaux radiculaires filiformes servant de débouché à la chambre pulpaire contenue dans la partie coronaire et le collet. Toutes les molaires inférieures sont pourvues d'ordinaire de deux racines, les supérieures de trois. Des molaires à quatre, cinq ou six racines sont rares.

Les rangées de dents forment la limite extérieure de la cavité buccale proprement dite. Du côté du dehors les couronnes sont recouvertes par la lèvre et la joue. L'espace rayé en forme de fer à cheval entre la face extérieure des dents et la gencive d'une part et la peau des lèvres et la muqueuse des joues d'autre part (fig. 14),

s'appelle *vestibule de la bouche*. La totalité de l'espace vide de la cavité buccale intérieure est totalement remplie par la langue. Au repos et quand la bouche est fermée, la langue, d'une part, les lèvres et les joues, d'autre part, entourent complètement et hermétiquement les rangées de dents.

Les glandes salivaires débouchent en partie dans la cavité buccale intérieure (région sublinguale) en partie dans le vestibule (région de la deuxième molaire supérieure).

III. Maladies des dents et de la bouche.

A. *Carie dentaire.*

La maladie la plus fréquente et la plus importante des dents de l'homme, c'est la carie. Cette maladie se produit de la façon suivante : aux endroits d'accès difficile, surtout dans les sillons masticateurs et dans les espaces interdentaires, il séjourne des détritus alimentaires contenant du sucre et de la fécule. Par suite de l'action de bactéries provoquant la fermentation, la fécule est transformée en acide lactique ou autres acides organiques. Ces acides sont naturellement le plus actifs aux points cachés de leur formation et y décalcifient l'ivoire des couronnes aux endroits entourés. Des bactéries corruptrices pénètrent ensuite dans le tissu décalcifié et le dissolvent com-

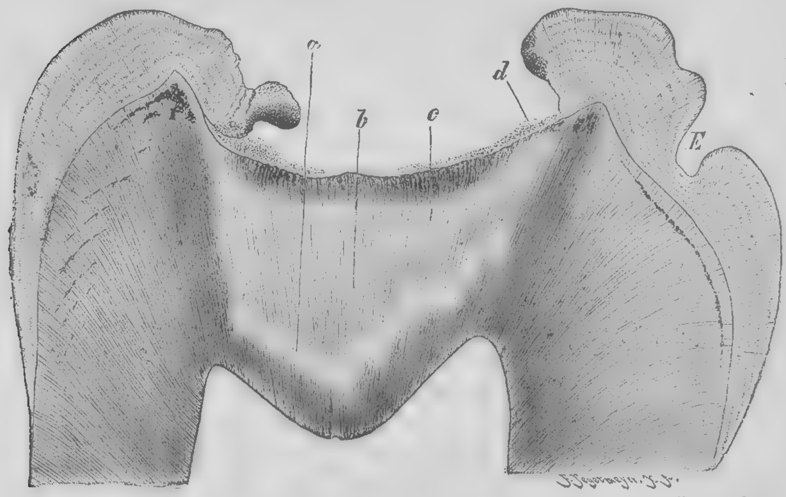


Fig. 16. — Coupe longitudinale de la 1re molaire permanente cariée d'un enfant de 7 ans. E. Défaut de développement de l'émail ; *a* jusqu'à *d* phases diverses du développement de la carie. Grossissement décuple.

plètement. Il en résulte d'abord dans la dent un petit trou où séjournent de préférence les détritus alimentaires. Ce trou devient un

récipient d'acides. Bientôt le revêtement d'ivoire de la dent est rongé et la carie peut alors progresser rapidement dans toutes les directions, dans la dentine ramollie.

Souvent le trou d'entrée jusqu'à la cavité malade dans la partie superficielle de l'émail est encore très petit. En profondeur dans la dentine le foyer malade a déjà atteint une plus grande étendue.

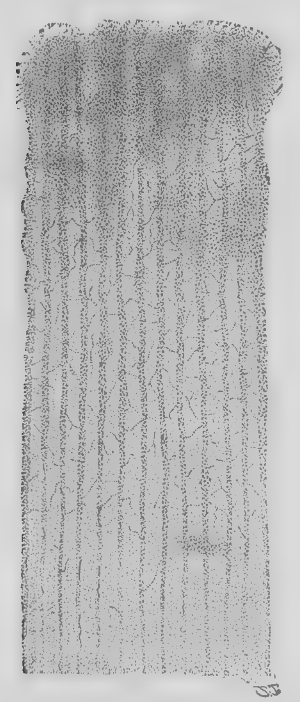


Fig. 17. — Invasion des bactéries le long des canalicules dentinaires. Grossissement 250.

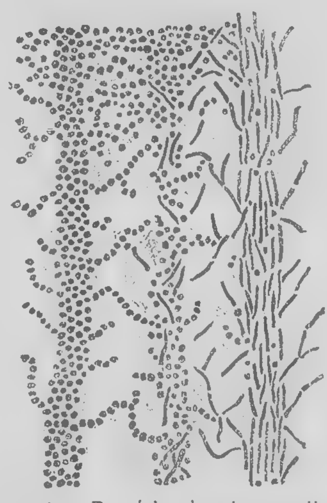


Fig. 18. — Bactéries dans les canalicules dentinaires élargis. Grossissement 1.000.

La figure 16 ne représente qu'une cavité peu profonde ; toute la partie de la dent en forme de coin *b* jusqu'à la zone *a* est déjà atteinte par la maladie. Conclusion : *faire traiter tout point carié, quelque peu étendu qu'il soit, le plus tôt possible.*

Quand la carie a pénétré jusque dans le voisinage de la pulpe, alors commencent les douleurs dentaires si redoutées. Tout d'abord on éprouve momentanément une légère sensation en buvant des liquides froids ; peu à peu la durée des accès douloureux augmente. Les douleurs se produisent sans influence extérieure et durent des jours, même des semaines, si l'on ne les soulage point. La pulpe s'enflamme à

la suite de l'invasion de bactéries provoquant la suppuration *(inflammation de la pulpe).* Finalement tout le tissu tendu se modifie et alors les douleurs dentaires cessent d'ordinaire pendant quelque temps.

Mais ce répit est rarement de durée. Par l'ouverture radiculaire il pénètre parfois dans l'os maxillaire, des bactéries provenant de la pulpe putréfiée qui provoquent une *inflammation de la membrane radiculaire.* La maladie peut d'abord persister un certain temps dans sa forme insidieuse, sans que le patient éprouve une incommodité appréciable. Tôt ou tard, souvent à la suite d'un léger refroidissement, l'état s'aggrave. La dent devient plus longue en apparence ; on éprouve de nouveau des douleurs violentes, pulsatives, pénétrantes, qui, contrairement aux précédentes, sont augmentées par la chaleur et atténuées par le froid. C'est surtout la nuit sous la chaleur du lit que les douleurs deviennent intolérables, tandis que le lendemain, surtout dans le salon d'attente du dentiste, elles se calment rapidement. Bien des patients s'y trompent et renoncent au secours du dentiste ; mais la nuit d'après ils regrettent leur indécision. Souvent le visage enfle du côté de la dent malade ; du pus se forme dans le voisinage ; le plus souvent ce pus traverse dans le voisinage de l'apex radiculaire l'alveole et la gencive pour se répandre dans la



Fig. 19. — Maxillaire supérieur, devenu malade et modifié par des chicots et des racines corrompus. *a*. Kyste maxillaire. *b*. Racine ayant provoqué une suppuration chronique. Grandeur naturelle.

bouche. Nous sommes alors en présence d'une fistule dentaire, qui persiste d'ordinaire même après cessation de la suppuration abondante et fait écouler du pus constamment. Ce pus peut également traverser

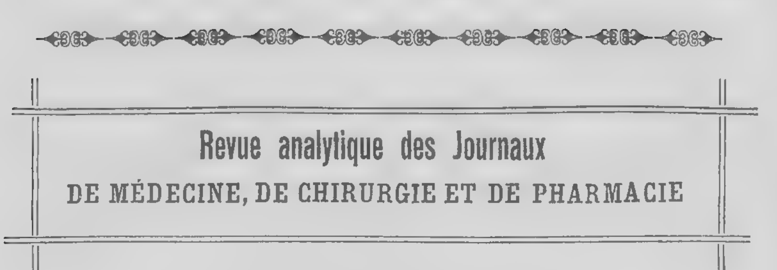
la joue aussi. Alors se produit la fistule jugale, beaucoup plus désagréable, qui ne se guérit jamais sans laisser une cicatrice qui défigure.

L'inflammation de la membrane radiculaire des molaires supérieures s'étend fréquemment à la cavité voisine, appelée sinus maxillaire et provoque la suppuration si importune de cette cavité. Du maxillaire inférieur le pus peut parfois, en suivant les muscles du cou, descendre jusque dans la poitrine et *amener la mort du malade*. Les cas dans lesquels le pus envahit la circulation et amène un empoisonnement du sang sont extrêmement dangereux.

Tant que l'inflammation de la membrane radiculaire est insidieuse, elle ne cause pas de douleurs, mais elle entretient une suppuration constante et donne lieu à des kystes osseux et autres modifications morbides de l'os maxillaire.

De même une enflure inflammatoire des glandes lymphatiques voisines a souvent pour cause des racines malades.

(A suivre.)



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — Cancer de la langue.

M. Carrel, à la *Société des sciences médicales de Lyon,* parle d'une ablation de la langue et de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour cancer lingual. Après l'hémostase, M. Martin plaça un appareil permettant le drainage sus-hyoïdien et l'alimentation du malade à l'aide d'une sonde œsophagienne à demeure passant par les fosses nasales.

Le soir même de l'opération, l'auteur constate un état très satisfaisant du malade ; plus de douleurs, alimentation facile à l'aide de la sonde.

II. — Phlébite mortelle de la veine ophtalmique.

MM. Sébileau et Grandon citent un cas grave de périostite de la 2e grosse molaire supérieure entraînant une destruction du triangle pharyngo-maxillaire avec phlébite de la veine ophtalmique inférieure.

L'abcès gingivo-génien incisé, le pus se dirigea vers la tubérosité maxillaire ; une seconde incision faite dans la région palatine aussi envahie amène un léger soulagement suivi, trois jours après, de nouveaux phénomènes qui nécessitent une intervention plus radicale. Cette intervention fait constater la dénudation des os de la région zygomato-maxillaire, sphéno et ptérygo-maxillaire, ainsi que le sphacèle complet du muscle temporal. Malgré l'intervention l'affection eut une issue fatale.

III. — La pigmentation des dents.

Dans le *Progrès médical belge* M. L. Quintin émet l'opinion que la coloration des dents serait due à une matière colorante dérivée du sang; les dents seraient d'autant plus jaunes que le sang serait riche. Les taches blanches sont dues à l'absence ou à la présence minime du pigment dentaire ; cette pigmentation, comme la calcification, se ferait sous l'influence du système nerveux, l'assimilation de la matière colorante étant liée à la fonction nutritive des nerfs.

Les colorations anormales peuvent être dues à des causes extérieures ou à des causes intérieures. L'auteur de cet intéressant article

cite le cas d'un jeune homme qui, un an après sa naissance, avait eu la jaunisse et chez qui il trouva les petites et grosses molaires très fortement colorées en jaune. Or les petites molaires se calcifient au moment de la naissance et les secondes grosses vers la troisième année. C'est précisément à cette époque d'un à trois ans que le sujet eut son ictère ; la coloration serait donc due à la présence de la bile dans le sang au moment de la calcification.

M. Quintin conclut que pratiquement le médecin peut et doit tirer de ces faits un très grand parti pour porter son diagnostic. L'examen de la bouche et des dents peut ainsi faciliter son diagnostic ainsi que son pronostic et son traitement. On voit par là combien le travail de M. Quintin est intéressant, d'abord au point de vue théorique, parce qu'il met en lumière des faits restés jusqu'ici un peu confus, ensuite au point du vue pratique pour le diagnostic médical.

IV. — Alcoolés dentifrices.

I. — *(Huchard.)*

a)	Phénol cristallisé	5 grammes.
	Eucalyptol	1 —
	Salol	2 —
	Menthol	$0^{gr},25$
	Thymol	$0^{gr},10$
	Alcool à 90°	100 grammes.
	Teinture de cochenille Q. S.	pour colorer.
b)	Chloroforme	5 grammes.
	Phénol cristallisé	5 —
	Eucalyptol	X gouttes.
	Eau de Botot	100 grammes.

Un filet de ces solutions dans un demi-verre d'eau tiède.

II. — *(A Robin.)*

a) Solution :

Acide phénique neigeux Salol	ââ 5 grammes.
Essence de menthe — badiane	ââ 10 —
Alcool à 90°	120 —

b) Poudre :

Salol	5 grammes.
Phosphate de chaux Carbonate de chaux Magnésie légère	ââ 25 —
Bicarbonate de soude	13 —
Essence de menthe Q. S.	pour parfumer.
Carmin Q. S.	pour colorer.

F. S. A. poudre homogène passée au tamis n° 120.

V. — Contre les névralgies d'origine dentaire.

Acide phénique neigeux	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne	1 —
Menthol	1 —
Glycérine	20 —

M. s. a. pour imbiber une boulette d'ouate qu'on introduira dans la cavité de la dent et qu'on recouvrira de *teinture de benjoin*.

(Marchandé.)

VI. — Elixir anti-odontalgique.

Gaïac	15 grammes.
Pyrèthre	ââ 4 —
Noix muscade	ââ 4 —
Girofle	2 —
Huile de romarin	X gouttes.
Huile de bergamote	IV —
Alcool à 70°	100 grammes.

Faire macérer 8 jours. Filtrer. Une cuillerée à café dans un verre d'eau. (Leroy, cité par Yvon.)

VII. — Collutoires contre les aphtes des enfants.

Borate de soude	4 grammes.
Teinture de benjoin	3 —
Sirop de framboises	40 —

A l'aide d'un pinceau trempé dans ce collutoire, on touchera les parties malades 5 ou 6 fois par jour.

Ou bien :

Sulfate d'alumine et de potasse	4 grammes.
Teinture de cachou	4 —
Miel rosat	30 —

(Gaz. hebdom.)

VIII. — Sirop de dentition.

Acide citrique	0 gr. 50
Eau distillée	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Sirop de sucre	10 grammes.
— de safran	10 —
Teinture de vanille	XII gouttes.

En frictions sur les gencives au moment de la dentition.

(Journal des Praticiens.)

IX. — Cancer de l'amygdale.

M. Carrel présente à la *Société des sciences médicales de Lyon* un malade opéré par M. Vallas pour un cancer de l'amygdale. La branche montante réséquée, M. Vallas enleva l'amygdale, la moitié droite du palais et de la base de la langue. C'est un exemple des grandes interventions qu'on peut pratiquer sur l'arrière cavité buccale.

C. Charpentier.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 Un **DENTISTE ESPAGNOL** ayant **10 ans de pratique** désire une place d'opérateur ou de mécanicien dans cabinet à **Paris**. S'adresser pour tous renseignements à M. Roch fils, 24, rue de Rome, Marseille. (27-[1])

---

2 On demande dans *importante station hivernale*, un ***OPÉRATEUR-MÉCANICIEN*** aussi habile dans les travaux de cabinet que dans ceux de l'atelier. De préférence diplômé de Faculté. On l'intéresserait dans toutes les opérations qu'il exécuterait. *Ecrire* **par poste** à V. V. D. P. au bureau du Journal. (28-[4])

---

3 **URGENT. Bonne occasion** pour *docteur en Médecine* : On demande **ASSOCIÉ** pour cabinet dentaire, dans quartier très commerçant de Paris. Chiffre d'affaires actuel fr. 40.000. Pour tous renseignements s'adresser à la Société française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin. (29-[4])

---

4 **A VENDRE D'OCCASION :** 2 fauteuils d'opération dont un Morisson avec tablette et crachoir. — 3 machines à vulcaniser dont une système Wirth. — 1 tour d'atelier. — S'adresser, 32, rue Tronchet. (30-[3])

---

5 **A CÉDER** 10,000 francs, **CABINET DENTAIRE**, Paris, rue de Rivoli. *Agencement complet.* **Situation exceptionnelle.** Bail à volonté. Loyer 1,400 francs. Ecrire M. 888 poste restante, bureau 17, Paris. (31-[3])

---

6 **TRÈS PRESSÉ. — Belle occasion** pour jeune diplômé. **A CÉDER tout de suite** Cabinet dentaire très fréquenté, dans quartier commerçant. Affaires garanties 20.000 francs, susceptibles d'augmenter. On traiterait avec peu comptant, mais garanties sérieuses. Faire offre aux initiales L. B. 113, bureau de poste 51, Paris. (32-[3])

---

7 **A CÉDER TOUT DE SUITE** pour **cause de santé** excellent cabinet. Région du Nord, à proximité de Paris. Chiffres d'affaires 45,000 francs. **Facilité de paiement** contre garanties. S'adresser à la Société Française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (33-[3]).

---

8 *Chirurgien- dentiste* ***DANOIS*** (23 ans), qui a passé l'examen dentaire 1898 avec le nombre de points le plus grand obtenu en Danemark, cherche emploi à partir du 1er septembre ou plus tard comme assistant chez dentiste français. Adresser les lettres à Tandlaege Sven Warming Joldbodgaden 23, Christiana. (34-[2])

---

9 **A vendre, CAUSE DE DÉPART, Cabinet dentaire** dans région *Nord-Ouest* faisant environ 8.000 francs d'affaires. Prix 5.000 francs. Ecrire par poste à A. Z. aux soins de l'administration du Journal. (35-[2])

---

10 **DOCTEUR MÉDECIN** D. E. D. P. et avec pratique d'hôpital, service dentair, d'environ deux ans, désire trouver à **Paris** place *d'opérateur* ou remplacer dentiste pendant absence. — Ecrire N. D. Dr. 34, rue des Ecoles. (36-[2])

---

11 *A CÉDER* tout de suite, *après décès*, **Cabinet à Paris** (*rive-gauche*). 10 ans d'existence. 12.000 fr. d'affaires absolument sûres. Frais généraux très peu élevés. Conditions de vente avantageuses, avec l'installation. S'adresser au Docteur Roy, 5, rue Rouget-de-l'Isle. Paris. (37-[2])

---

12 **ALLEMANDE-DENTISTE**, bien recommandée cherche place *d'opératrice* ou de *mécanicienne* en France (*Paris* ou *Province*). S'adresser E. Stocker, Karlsruhe, Körnerstr, 9 (Bade). (38[2])

---

13 Place de **Dentiste** à prendre dans une **CLINIQUE** de fondation ancienne ; il y a dans cette clinique deux Docteurs exerçant, l'un la gynécologie, l'autre les maladies des enfants. Frais généraux par an : 400 francs. S'adresser 12, rue Bleue, tous les jours à 11 h. 1/2. (39-[1])

---

14 Un **DIPLOMÉ DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS**, parlant *quatre langues* demande place **OPERATEUR** *Paris* ou *Province*. Ecrire *par poste* aux initiales A. R. aux soins de l'administration du journal. (40-[1])

Voir la suite p. 520.

TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ANGLAIS ET AMÉRICAINS

I. — Un cas de périostite suppurée.

M. Dickie parle d'un cas de périostite suppurée causée par un abcès alvéolaire. Quand il vit le malade pour la première fois, ce dernier ne pouvait ouvrir la bouche ; il fut obligé de l'endormir pour obtenir la résolution musculaire et constata alors la carie des deux dents de sagesse du haut. Les jours suivants, après que l'extraction eut été pratiquée, le gonflement et le trismus persistant toujours, on dut opérer plus radicalement le patient. Le professeur Dalziel qui l'opéra constata la présence de pus dans la légion temporale, pus qui aurait pu amener de graves complications. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que l'affection est purement d'origine dentaire et aurait pu être prévenue par une intervention d'un dentiste si le malade avait eu le soin d'en consulter un dès les premières manifestations de son œdème.

(British dental journal.)

II. — A propos des aurifications.

M. Villiam Grayston donne les raisons pour lesquelles les aurifications à l'or adhésif ne tiennent pas toujours. Les voici : 1° présence d'un acide dans la cavité; 2° humidité; 3° cavités trop petites ; 4° mauvaise préparation des cavités ; 5° bords irréguliers ; 6° adaptation imparfaite de l'or au fond de la cavité ; 7° mauvaise condensation ; 8° mauvaise reconstitution ; 9° mauvais polissage des bords ; 10° la loupe n'est pas assez employée pour voir si les bords sont finis; 11° la majorité des malades refusent de se prêter aux exigences de l'opération ; 12° le travail insuffisamment rémunéré empêche le praticien de mettre tout le temps voulu.

Les aurifications décolorent les dents : 1° quand on a mis dans la chambre pulpaire des amalgames de cuivre ou de l'étain ; 2° quand elles touchent des amalgames dans le voisinage ; 3° quand après avoir fait un amalgame son surplus s'attache à l'aurification.

(Dental Record.)

III. — Calcifications et douleurs.

M. Ervin a étudié les douleurs causées par les dents calcifiées. Ce

ne sont pas des douleurs névralgiques que ressentent les malades : ce sont des douleurs sourdes, revenant de temps en temps, qui ne peuvent se localiser pour le malade à une dent ou à une autre. Les dents calcifiées sont indifférentes au chaud et au froid et l'on en trouve beaucoup plus qu'on ne pourrait le supposer.

(Dental Record.)

IV. — Sur l'anesthésie par l'éther.

Au meeting de Leeds M. Macgregor Young lit une communication sur l'éther employé comme anesthésique en art dentaire. L'anesthésie doit être complète afin que le malade n'ait point de mouvements combatifs ; elle doit se faire d'une manière continue et avec le mélange de Schleich (une partie de chloroforme, quatre d'éther sulfurique, une demi d'éther de pétrole), mélange qui donne à l'auteur les meilleurs résultats. La table d'opération doit être munie d'une têtière qui permette de placer la tête d'une façon convenable et cela sans soubresauts, à l'aide d'un mouvement à crémaillère ; on évite ainsi les mouvements brusques qui sont souvent une cause d'accidents dans l'anesthésie générale.

M. Young termine en attirant l'attention de la société sur la présence presque toujours certaine de l'albumine dans les urines après une éthérisation. Cette constatation est très importante, car, dans le cas de mal de Bright, la connaissance de ce phénomène peut militer comme contre-indication de l'anesthésique qui nous occupe.

(Journal of the British dental association.)

V. — Hyperesthésie de la langue.

M. le Dr Gonsalves de Lisbonne vient de constater un curieux cas d'hyperesthésie de la langue. Le malade souffrait d'une douleur aiguë dès que la langue touchait la grosse molaire supérieure droite. A cet endroit il y avait une ulcération, qui ne paraissait pas due à la dent. Cette dernière enlevée, on dut faire la résection du bord alvéolaire par suite de la continuation de la douleur. Enfin les choses restant dans le même état, on eut recours à la pose d'un appareil sans dent pour empêcher le contact de la langue et de la muqueuse.

Aussitôt toute douleur cessa et à l'heure actuelle l'hyperesthésie a complètement disparu ; l'étiologie de l'affection n'en reste pas moins fort obscure. *(Items of interest.)*

Ch. Ch.

VI. — Traitement des canaux infectés, par John Callahan

Ce praticien a pour but dans sa communication de démontrer que les insuccès et les difficultés opératoires que nous rencontrons dans le traitement des dents infectées sont bien souvent dus à la négli-

gence de certains détails opératoires plutôt qu'à l'insuffisance du désinfectant dont nous bourrons nos canaux.

Il propose deux modes de traitement : le premier comprend un accès franc du canal, afin que la sonde puisse arriver dans ce dernier librement, le nettoyage du canal avec du peroxyde d'hydrogène, la dessiccation absolue de ce canal en y introduisant d'abord de l'alcool, puis une tige de platine rouge.

Cette dessiccation a pour lui un double but : 1° elle est un agent de stérilisation ; 2° la dentine sèche se laisse plus facilement entamer par les forets, quand leur emploi est nécessaire.

La rupture de ces fraises à canaux est plus souvent due à l'humidité de la dentine qu'au manque de précaution dans leur emploi.

Dans le deuxième mode de traitement il vante les grands avantages qu'on peut retirer de l'emploi de l'acide sulfurique en solution à 40 o/o. On peut également l'employer à 50 o/o ; mais à une concentration supérieure il désagrège le coton sur lequel on le porte dans le canal.

Si l'on y ajoute du bicarbonate de soude, on provoque des bouillonnements dus au dégagement d'acide carbonique, effet justement recherché par l'auteur et suivi d'heureux résultats. Il se sert même dans le cas de la rupture d'un foret dans un canal de ce dégagement gazeux, qui, dit-il, réussit presque toujours. Enfin la désintégration superficielle de la dentine que produit l'acide sur la surface du canal augmente le diamètre du canal, facilitant ainsi l'introduction des pansements médicamenteux, puis ultérieurement celle de la matière obturatrice dans les canaux.

Il traite également les complications de la périostite avec ce moyen. Cependant dans le cas de récidive d'abcès dentaire, où il y a bien souvent une anomalie de forme des racines, le Dr Callahan fait une injection cocaïnique hypo-gingivale, il incise la gencive en croix au niveau de la racine, résèque au travers de la cloison alvéolaire l'extrémité radiculaire de la racine et le résultat est certain. Comme matière obturatrice radiculaire il emploie les cônes de gutta.

(Western Dental Journal.)

VII. — Nécrose alvéolaire, par M. Nash.

Cet auteur nous est déjà connu par le volumineux travail qu'il a entrepris sur la polyarthrite alvéolo-dentaire à laquelle il donne le nom de « Chronic alveolitis ».

Après la lecture de son article sur la nécrose alvéolaire nous partageons l'opinion qu'émettait il y a quelque temps M. Harlan en disant qu'il y avait quelques bonnes choses dans son travail sur la « Chronic alveolitis », noyées parmi des choses insignifiantes, et un manque absolu d'ordre dans ses idées.

En ce qui concerne la nécrose alvéolaire l'auteur fait remarquer la grande rareté de cette maladie ; il en donne ensuite une histoire clinique dont nous extrayons les points les plus saillants.

Dépôt sur les dents de ce qu'on appelait autrefois tartre mou qu'il appelle enduit saburral.

Cet enduit se réfugie dans les espaces que la brosse ne peut atteindre, tels que les espaces interdentaires, les gencives à ce niveau deviennent plus rouges. Cette turgescence peut se localiser à une seule dent ou bien se montrer au niveau du collet de toutes les dents. Ceci résume le premier stade de la maladie. Le deuxième stade est caractérisé non par un changement dans la coloration des gencives, mais par la résorption des tissus environnants la dent, résorption pouvant aller jusqu'à l'apex de la racine.

Le troisième et dernier stade, c'est lorsque les gencives ne recouvrent plus le bord alvéolaire, qui prend une coloration noirâtre caractéristique de la nécrose.

Le paragraphe qu'il consacre à l'étiologie, bien que très long, peut être résumé dans les classifications des maladies du professeur Franckel :

Troubles fonctionnels comme ceux provenant de l'ataxie ou du fonctionnement du système nerveux sympathique.

Troubles organiques provenant soit d'intoxication microbienne ou autre, soit d'un traumatisme. C'est sur cette classification qu'il se base pour donner l'étiologie des premier, deuxième et troisième stades de la nécrose alvéolaire.

Quant au traitement, il est exclusivement antiseptique, se résume dans des applications d'une solution à 2 o/o d'acide phénique, faites scrupuleusement et souvent.

En résumé, au point de vue clinique, il ne ressort rien de particulièrement intéressant, attendu que l'auteur a allongé fastidieusement le premier et le deuxième stades qui n'ont rien à voir avec la nécrose, tandis qu'il passe rapidement, trop rapidement même, sur le troisième stade qui se rapproche le plus du titre qu'il a donné à sa communication.

(*Dental Cosmos*).
C. W.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900.

En attendant que nos collaborateurs apprécient comme il convient l'ART DENTAIRE A L'EXPOSITION, nous donnons ci-après la liste des différentes installations que nous avons pu relever au Palais des Sciences, Lettres et Arts (*Champ de Mars, côté droit*).

REZ-DE-CHAUSSÉE.

France.

Librairie (classe 13)	*L'Odontologie.*

Etats-Unis.

Enseignement	Philadelphia dental College.
	University of California.
	Chicago college of dental Surgery.
Dentistes	Jacksau.
—	F. D. Kelly.
—	J. H. Meyer.
Fournisseurs	Gidéon Sibley.
	The Harvard C°.
	The Ritter dental Mfg C°.

Autriche.

Instruments de chirurgie	Josef Leiter.
	J. Odelga.
	H. Reiner.

Hongrie.

Enseignement	Professeur J. Arkövy.
	D[r] L. Hattyasy.
Dentiste	D[r] Guil. Vajna.
Instruments de chirurgie	Garay.

Suisse.

Enseignement	D[r] Prof. Eternod.
Fournisseurs	Reymond frères.
	Klingelfuss et C[ie].
Instruments de chirurgie	Knoebel et Laubscher.

Russie.

Instruments de chirurgie...........	Machin et Cie.

1er ÉTAGE.

France.

Classe 3, Enseignement supérieur....	Ecole dentaire de Paris.
	Société d'odontologie de Paris.
Classe 6, Enseignement professionnel.	Association de l'Ecole Odontotechnique.
Classe 16, Exposition rétrospective....	Ecole dentaire de Paris.
Dentistes................	Bernard, Chartres.
—	Bertrand Paris.
—	H. Bidet, —
—	L. Champagne, Paris.
—	Clerisse, Evreux.
—	Gatineau, Paris.
—	Goldenstein,—
Fournisseurs............	Agnès (limes, etc.).
	Dr Bengué (réfrigération).
	Buchet (coryleurs).
	Mamelzer.
	Vor Simon.
	Société française de fournitures dentaires.
Instruments de chirurgie...	Collin.
	Favre.
	Fournier.
	Luer.
	Mathieu.

Allemagne.

Fournisseurs............	Vor Pappenheim, Berlin.
	Adam Schneider, —
	Paul Volland et Cie, —
	Weber et Hampel, —
	W. A. Kirschmann (moteurs électriques).

Suède.

Fournisseurs............	Andreas Rund (Christiania).

Espagne.

Dentiste................	Manuel Palacios (Bilbao).

Portugal.

Dentistes...............	Cesar Païva, Lisbonne.
—	Moyses Gonsalves, —
—	Alberto de Lacerda,—

PAVILLON DE LA ROUMANIE

Rue des Nations. — Rez-de-chaussée.

Dentistes................ Jules et Bernard Flittmann.
— Gross.

Ajoutons que la classe 109 (*Syndicats*) et la classe 112 (*Assistance publique*), dans lesquelles notre groupement est représenté, se trouvent l'une au palais des Congrès (rez-de-chaussée), l'autre à l'ancienne galerie des machines (1er étage).

JURY DES RÉCOMPENSES

Par décrets en date des 15 et 22 mai rendus sur la proposition du Ministre du Commerce ont été nommés membres du jury des récompenses :

CLASSE 3.

Enseignement supérieur. — Institutions scientifiques.

MM. Alcan (Félix), libraire-éditeur. Comités, Paris 1900.

Bornet (J.-B.), membre de l'Institut.

Boutmy, membre de l'Institut. Directeur-fondateur de l'école libre des sciences politiques. Comités d'intallation. Paris 1900.

Bréal (Michel), membre de l'Institut. Professeur au Collège de France.

Duclaux (Pierre-Emile), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Directeur de l'institut Pasteur à Paris. Comités, Paris 1900.

Le Chatelier (Henry), ingénieur en chef des mines. Professeur à l'école nationale supérieure des mines. Professeur au Collège de France. Comité d'admission, Paris 1900.

Dreyfus-Brisac (Edouard), ancien directeur de la *Revue internationale de l'enseignement supérieur*.

Liard (Louis), membre de l'Institut. Directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique. Conseiller d'Etat. Comités, Paris 1900.

Péchenard (l'abbé Pierre-Louis), recteur de l'institut catholique de Paris. Comités, Paris 1900.

Pottier (Edmond), membre de l'Institut. Conservateur adjoint au musée du Louvre. Comité d'admission Paris, 1900.

Sorel (Albert), membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences morales et politiques. Professeur à l'école libre des sciences politiques et à l'école militaire de Saint-Cyr. Comité d'admission, Paris 1900.

Classe 13.

Librairie. — Editions musicales. — Reliure (Matériel et produits). — Journaux. — Affiches.

MM. Belin (Henri), imprimeur-libraire-éditeur. Comités, grand prix, Paris 1889. Comités, jury, Bruxelles 1897. Président des comités Paris 1900. Ancien président du conseil d'administration du Cercle de la librairie. Vice-président du comité central des chambres syndicales.

Berr (Emile), publiciste. Comités, Paris 1900.

Chéret (Jules), artiste peintre. Comité d'admission, Paris 1900.

Durand (Auguste), éditeur de musique. Comités, jury, Paris 1889, Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900. Président de la chambre des éditeurs de musique.

Fouret (René), libraire-éditeur (maison Hachette et Ce). Comités, grande médaille, Paris 1878. Comités, jury, Paris 1889, Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900. Président du conseil d'administration du Cercle de la librairie.

Gounouilhou (H.), imprimeur-éditeur. Directeur propriétaire de la *Gironde*. Médaille d'or, Paris 1889. Président de l'union syndicale des maîtres imprimeurs de France.

Gruel (Léon), relieur-libraire. Médaille d'or, Paris 1878. Comités, jury, Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900. Président de la chambre syndicale de la reliure.

Hetzel (Jules), libraire-éditeur. Médaille d'or, Paris 1878. Jury supérieur, Paris 1889. Comités, jury Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900. Ancien président du conseil d'administration du Cercle de la librairie. Trésorier du syndicat de la presse périodique.

Heugel (Henri), éditeur de musique. Médaille d'or, Paris 1878. Comités, Paris 1889. Grand prix, Bruxelles 1897. Comité d'admission, Paris 1900.

Mainguet (Pierre), imprimeur-libraire-éditeur (maison Plon, Nourrit et Cie). Médaille d'or, Paris 1878. Grand prix, Paris 1889. Diplôme d'honneur, Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900. Secrétaire du conseil d'administration du Cercle de la librairie. Conseiller prud'homme.

Masson (Pierre), imprimeur-libraire-éditeur (maison Masson et Cie). Hors concours, Paris 1898. Grand prix, Paris 1889. Comités, jury, Bruxelles 1897. Comités, Paris 1900.

Flammarion (Ernest), libraire-éditeur. Comités, Paris 1900.

Ollendorff (Paul), libraire éditeur. Comités, jury, Paris 1889. Comités, Paris 1900.

Suppléants.

MM. Barre (Charles), ingénieur des arts et manufactures. Machines pour la reliure et l'imprimerie. Comité d'admission, Paris 1900.

Goubaud (Abel), directeur de la société des journaux de modes réunis. Comités, jury, Bruxelles 1897. Comité d'admission, Paris 1900. Secrétaire du syndicat de la presse périodique.

Layus (Lucien), libraire-éditeur (maison A. Levasseur et Ce). Comités, Paris 1900.

Le Soudier (Henri), libraire-éditeur. Commissionnaire. Comités, jury, Bruxelles 1897. Comité d'admission, Paris 1900.

CLASSE 16.

Médecine et chirurgie.

MM. Berger (le docteur Paul), membre de l'Académie de médecine. Professeur à la faculté de médecine de Paris. Comités, jury, Paris 1889. Président des comités, Paris 1900.

Hartmann (le docteur Henri), professeur agrégé à la Faculté de médecine. Chirurgien des hopitaux. Comités, Paris 1900.

Labadie-Lagrave (le docteur Frédéric), médecin des hôpitaux. Comités, Paris 1900.

Le Dentu (le docteur Auguste), membre de l'Académie de médecine. Professeur à la Faculté de médecine. Comité d'admission, Paris 1900.

Nocard (Edmond), membre de l'Académie de médecine. Ancien directeur de l'école vétérinaire d'Alfort. Comités, jury, Paris 1889. Comité d'admission, Paris 1900.

Pinard (le docteur Adolphe), membre de l'Académie de médecine. Professeur à la Faculté de médecine. Comité d'admission, Paris 1900.

Pozzi (le docteur Samuel), sénateur. Membre de l'Académie de médecine. Professeur agrégé à la Faculté de médecine. Comité d'admission, Paris 1900.

Tuffier (le docteur Théodore), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Rapporteur des comités, Paris 1900.

Suppléants.

MM. Bazy (le docteur Pierre), chirurgien des hôpitaux.

Galippe (le docteur V.), dentiste des hôpitaux. Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Comités, Paris 1900.

Leclerc (Théophile). Objets stérilisés pour opérations. Comités, Paris 1900.

CLASSE 109.

Institutions de prévoyance.

MM. Cavé (Jean), fondateur de la Mutualité scolaire du 19e arrondissement. Comités, Paris 1900.

Cheysson (Emile), inspecteur général des ponts et chaussées. Professeur à l'école nationale supérieure des mines et à l'école libre des sciences politiques. Comités, jury, Paris 1889. Président des comités, Paris 1900.

Chovet (Alphonse), sénateur. Vice-président du conseil général. Président des Sauveteurs de l'Oise. Maire de Compiègne. Comité d'admission, Paris 1900.

Coumes (Léon), vice-président de l'Union nationale des présidents de secours mutuels de France. Conseiller général de Meurthe-et-Moselle. Comité d'admission, Paris 1900.

Guieysse (Paul), député. Ancien ministre des colonies. Président de l'institut des actuaires français. Médaille d'or, Paris 1889. Comités, Paris 1900.

Lyon (Camille), conseiller d'Etat. Comité d'admission, Paris 1900.

Marie (Léon), actuaire de la compagnie d'assurances sur la vie « le Phénix ». Secrétaire général de l'institut des actuaires français. Membre du conseil central de la ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité. Actuaire conseil du Musée social. Professeur à l'école des hautes études commerciales. Médaille d'or, Paris 1889. Rapporteur des comités, Paris 1900.

Paulet (Georges), chef de division au ministère du commerce et de l'industrie. Professeur de législation ouvrière à l'école libre des sciences politiques. Comités, Paris 1889. Comités, Paris 1900.

Petit (Eugène), publiciste. Docteur en droit.

Ricard (Louis), député. Ancien ministre de la justice. Comités, Paris 1889.

Rochetin (Eugène), économiste. Comités, Paris 1900.

Barberet (Jean-Joseph), chef du bureau des institutions de prévoyance au ministère de l'intérieur.

Chaufton (Albert), avocat au conseil d'Etat et à la cour de cassation. Lauréat de l'Institut. Comités, médaille d'or, Paris 1889. Comités, Paris 1900.

Hébrard (Jean), président de la fédération mutualiste de Tarn-et-Garonne.

Suppléants.

MM. Arboux (Jules), pasteur de l'Eglise réformée. Aumônier des prisons de la Seine. Secrétaire général de la ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité. Comités, Paris 1900.

Biès (Jean), président de la société de prévoyance et de secours mutuels des Alsaciens-Lorrains. Comités, Paris 1900.

Conscience (Alfred), publiciste. Secrétaire général de la société d'encouragement au bien. Comité d'admission, Paris 1900.

CLASSE 112.

Assistance publique.

MM. Bompard (Raoul), député. Membre du conseil supérieur et du conseil de surveillance de l'Assistance publique. Comité d'admission, Paris 1900.

Ferdinand Dreyfus, avocat à la cour d'appel de Paris. Ancien député. Vice-président du comité des œuvres d'assistance par le travail. Secrétaire du conseil supérieur des prisons. Comités, Paris 1900.

Lefèvre (André), ancien conseiller municipal de la ville de Paris. Membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris. Ancien rapporteur du budget de l'Assistance publique au conseil municipal de Paris.

Monod (Henri), membre de l'Académie de médecine. Conseiller d'Etat. Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur. Commission supérieure, comités, Paris 1900.

Muteau (Alfred), député. Secrétaire général de la société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Comité d'admission, Paris 1900.

Roussel (Théophile), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Sénateur. Président du conseil supérieur de l'assistance publique. Président des comités, Paris 1900.

Ulrich (André), avocat. Docteur en droit.

Mourier (Charles), maître des requêtes au conseil d'Etat. Membre du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris. Comités, Paris 1900.

Péan de Saint-Gilles (Armand), notaire honoraire. Vice-président de la société philanthropique. Ancien membre du conseil de surveillance de l'assistance publique. Comités, Paris 1900.

Suppléants.

MM. Millon (docteur René), médecin des dispensaires d'enfants de la société philantropique. Comités, Paris 1900. Secrétaire du syndicat des médecins de France.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

15 *Appartement* situé au 2me étage, occupé depuis ***50 ans*** par ***DENTISTE***, à louer pour *octobre*, 1, rue des Tournelles. Angle de la rue St-Antoine. Loyer modéré, *occasion*. (41-1)

---

16 **ON DEMANDE** un jeune homme **diplômé de la Faculté,** *au courant des aurifications*, pour place de **PREMIER OPÉRATEUR**. Ecrire *par poste* à C. H. D. aux soins de l'administration du journal. (42-1)

---

17 *DOCTEUR FACULTÉ PARIS,* désire reprendre CABINET *aristocratique* de **grand rapport,** si rendement suffisant pour deux ; (*association*) apporterait, avec capitaux, relations nombreuses, choisies ;
18 aurificateur premier ordre, **inlags, crown, Bridge,** méthodes étrangères ; parle 5 langues. Dr BUISSON, 150, Anvers, poste restante. (43-1)

---

19 **DENTISTE AMÉRICAIN M. D. — D. D. S.** demande situation d'**OPÉRATEUR** à Paris. *Bon aurificateur, Travaux de porcelaine, 15 ans de pratique.* Ecrire à D. D. S., 31, rue Tournefort, Paris. (44-1)

Les numéros des 15 et 30 janvier 1900 de *L'Odontologie* sont complètement épuisés, en raison des nombreux abonnements que le succès croissant de *L'Odontologie* nous a amenés. Ceux d'entre nos lecteurs qui posséderaient ces numéros en double rendraient service à des confrères nouvellement abonnés en nous les faisant parvenir.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Paris, le 11 juin 1900.

Monsieur le Président du Congrès dentaire international de 1900,

J'ai l'honneur de vous rendre compte de ma mission au Congrès dentaire de Leeds.

Dès mon arrivée, j'ai remis à leurs destinataires mes lettres de présentation, et j'éprouve un vif plaisir à vous dire que j'ai reçu l'accueil le plus aimable auprès de nos confrères anglais.

J'ai assisté à l'ouverture de la réunion ; le Président sortant a, dans son discours, engagé les sociétaires à assister au Congrès international qui va avoir lieu à Paris. Puis le nouveau Président a prononcé son discours de remerciement et m'a ensuite présenté comme délégué de la Commission d'organisation du Congrès de Paris. Alors en votre nom, de même qu'en celui du Dr Sauvez, votre secrétaire général, et de tout le bureau, j'ai renouvelé moi-même à l'Assemblée l'invitation d'assister à notre Congrès, assurant à nos confrères qu'ils y trouveront les marques les plus sincères de sympathie. J'ai aussi recueilli un certain nombre d'adhésions et j'ai assisté à des démonstrations très intéressantes, faites par les nouveaux adhérents, qui m'ont promis de les répéter au Congrès de Paris. Je citerai notamment une communication sur l'enseignement de la prothèse dentaire dans les Écoles dentaires, faite par M. Lloyd William, qui a donné lieu à une discussion pleine d'intérêt.

Au banquet, il s'est produit un fait, tout à notre honneur, que je tiens à vous faire connaître.

J'étais tout d'abord désigné pour prendre la parole avec les visiteurs, c'est-à-dire au moment où presque tous les convives ne prêtent plus aux discours qu'une attention relative. Au contraire j'ai été invité à me faire entendre l'un des premiers, aussitôt après les membres de la « *British Dental Association* ».

C'est là, je le répète, une attention toute délicate envers le Comité français dont je suis fier d'avoir été le représentant.

Voici en quels termes ma présence est relatée dans le « *Jorkshire Post* » journal du comté.

« A ce moment le Président annonça à l'Assemblée la présence » d'un représentant du Congrès dentaire international, auquel il » donna la parole.

» M. Burt, qui déclara qu'il était Anglais et qu'il était fier d'avoir » été choisi par ses confrères du continent pour parler en leur nom, » assura l'Assemblée des bons sentiments des dentistes français et » stigmatisa l'anglophobie de ce qu'il appelait la « mauvaise presse ». » Il promit aux membres de l'Association dentaire britannique une » réception enthousiaste à Paris et leur dit qu'ils s'en retourneraient » avec le souvenir gravé dans la mémoire. (Applaudissements). »

Le compte rendu se trouvera *in extenso* dans le journal de la « *British Dental Association* ».

Veuillez agréer, etc.

ERNEST BURT.

Nous apprenons d'autre part que le succès de M. Burt a été très vif, que son discours a été très applaudi et que sa démarche en Angleterre sera féconde en heureux résultats.

N. D. L. R.

*
* *

Un certain nombre d'adhérents au Congrès se sont adressés au Secrétariat général pour demander pourquoi leur nom a été omis sur les listes publiées dans la circulaire de mai. Nous nous empressons de faire connaître que ces listes ne comprennent que le Comité de patronage et de propagande, et non l'ensemble des adhérents. La liste complète de ceux-ci sera publiée incessamment.

*
* *

Le bureau de la Commission d'organisation a été saisi des réclamations d'un certain nombre de mécaniciens-dentistes autrichiens et allemands qui se plaignent d'être exclus du Congrès par les Comités nationaux de leur pays. Renonçant à intervenir dans la question, le bureau a toutefois émis le vœu que la place la plus large soit faite aux mécaniciens et a fait part de ce vœu aux Comités nationaux. Cette démarche n'a eu aucun succès. Les Comités, se basant sur la condition imposée par le règlement du droit d'exercice dans le pays d'origine, ont maintenu leur refus et dans ces conditions, il n'a pas semblé, qu'il fût possible d'insister.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE.

Hall (Vernon J.) Chemistry and metallurgy applied to dentistry. Evanston, Ill., 1899, Technical Press, 270 pp. 8°.

Kingsley (N. W.) Successful prosthesis without a model. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 643-645.

Klinger (S.) Kronen- und Brückenarbeiten im Dienste der konservativen Zahnheilkunde. Odontologische Bl., Berl., 1899-1900, iv, 272-277.

Klose. Tod nach einer Chloroformnarkose. Med. Rundschau, Berl., 1899, no. 61. — *Also:* Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5735.

Kramolin (G.) A torok öblögetés védelmére. [The defense of the throat by washing out.] Gyogyaszat, Budapest, 1899, xxxix, 568.

Kühns (C.) Zahnhygiene in den Schulen. Odontologische Bl. Berl., 1899-1900, iv, 223-227; 249-254.

Kuttner (A.) Wie entstehen die schalenförmigen Vertiefungen inmitten der pachydermatischen Wülste am Proc. vocalis? Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Berl., 1899, ix, 355-358.

Lawshe (A. R.) The use of tin-foil in vulcanite work. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 649-651.

Less. Resultate einer zahnärztlichen Untersuchung von Insassen der Provinzial-Besserungs-Anstalt zu Konitz in Westpreussen. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 235-240.

Lewin (L.) Ueber Tuberculose der Rachenmandel. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Berl., 1899, ix, 377-425.

Lewis (F. D.) Mycosis tonsillaris. Homœop. Eye, Ear and Throat J., N. Y., 1899, v, 271-275, 1 pl.

Lissauer (W.) Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris. Deutsche med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1899, xxv, 512-514.

Loos (R.) Ein Satz von Wurzelhebeln für den Unterkiefer. Oesterr. ungar. Vrtljschr. f. Zahnh,, Wien, 1899, xv, 275-279.

Loppenthien (J. W.) How to make an artistic and perfect gold crown. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 425.

Lübeck (L.) Un secondo casi di excementosi in un secondo molare superiore. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 200.

Mamlok (H.) Ein Fall von primärem malignem Lymphom der Tonsille. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., Berl., 1899, ix, 485-490.

Markley (A. J.) The teeth in evolution. Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 439-449.

Mewes (W.) Möller'sche Glossitis superficialis. Odontologische Bl.,Berl., 1899-1900, iv, 193-198.

Miller. Contributo all'otturamento dei denti con porcellana. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 196-198.

Mills (G. A.) A step in advance in the treatment of „Riggs' disease." Dental Digest, Chicago, 1899, v) 547-550.

Mills (L.) The use of antiseptics

and disinfectants in dentistry. Dental Rev., Chicago, 1899, xiii,, 703-707.

Mitchell (W. H.) Adjustable gum blocks a dental convenience. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 654.

Moeser (E.) Homogene Einlagen für Zahnfüllungen. Schweiz. Vrtljschr. f. Zahnh., 1899, ix, 221-224.

Moore (H. W.) What should be the attitude of the dental profession and this club in particular towards illegal of and incompetent dentists ? Pacific Med.-dent. Gaz., San Fran., 1899, vii, 596-600.

Morgensterń (M.) La nostra attuale conoscenza dei nervi della dentina. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 204-226.

Müller (E.) Das ungleiche Resultat der Resorption der Ober- und Unterkiefer nach Extraktion der Zähne und die daraus resultirende Kreuzungsartikulation. Schweiz, Vrtljschr. f. Zahnh., 1899, ix, 199-214.

Nash (Henry S). Chronic alveolitis; its causes, clinical history, and treatment, with general directions for care of the teeth. Vol. I. N. Y., 1899, F. Schleuning.

Nyman (J. E.) Facts and fallacies of electricity. *Ibid:* 724-737.

Oliver (R. T.) The new State dental law. [Indiana.] Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 959-965.

Ottofy (L.) Dentistry in Japan. Dental Rev., Chicago, 1899, xiii, 702-714. [Discussion], 737.

Partsch. Ein Fall von Unterlippenfistel. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1899, xvii, 401-404. . . . Malattie dei denti e delle glandule linfatiche. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899. xxviii, 193-196.

Pearsall (W. B.) Brittle platinum pins in porcelain teeth. J. Brit. Dent. Ass., Lond., 1899, xx, 499-502.

Piffl (O.) Hyperplasie und Tuberculose der Rachen-Mandel. Ztschr. f. Heilk., Berl., 1899, xx, 297-326.

Pirtlf (J. R.) The necessity of educating the public from a dental standpoint. Indiana Dent. J., Indianap., 1899. ii, 943-948.

Polscher (Aug.) Neuheiten in der praktischen Zahntechnik, Oppeln, 1898, G. Maske, 26 pp. 8°.

Port (G.) Ueber die Einführung der Zahnheilkunde in der Armee. Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 828-840.

Porter (C. B.) Infection of the facial and cervical lymphatic ganglia as a result of dental lesions. Dental Brief. Phila., 1899, iv, 520-522.

Pott (R.) Die „Mundsäule der Kinder" und ihre Beziehung zur Maul und Klauenseuche. J. f. Zahneilk., Berl., 1899, xiv, no. 27-28

Prinz (H.) Our present knowledge of dental caries. Dental Rev., Chicago, 1899, xiii, 708-713. . . . . *Also:* Ohio Dent. J., Toledo, 1899, xix, 426-432.

Proceedings of the twenty-eighth annual meeting of the Kansas State Dental Association, held at Hotel Throop, in Topeka, May 2, 3 and 4, 1899. West. Dent. J., Kansas City, 1899, xiii, 337-359.

Pucket (J. W.) Dental services in State institutions. Dental Rev., Chicago, 1899, xiii, 635-638.

Purrington (W. A.) A review of recent legal decisions affecting physicians, dentists, druggists, and the public health, together with a brief for the prosecution of unlicensed practitioners of medicine, dentistry, and pharmacy, etc. N. Y., 1899, E. B. Treat & Co.

Ray (J. M.) A case of sarcoma of the tonsil ; three removals, recurrence after each ; death from metastases in mesentery and bowel. Med. New, N. Y., 1899. lxxv, 302-304.

Rhein (M. L.) **and C. L. Andrews.** Successful prosthesis after resection of lower maxilla. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 646-649.

Rischawy (B.) Ein Fall von vollständiger Verwachsung der Epiglottis mit dem Zungengrund durch luetische Narben, nebst einigen Bemerkungen über die Physiologie des Schluckactes. Wien. klin. Rundschau. 1899, xiii, 453-456.

Ritter (P.) Sulla trasmissione della stomatite ulcerosa e dell'afta epizootica nell'uoma. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 228-233;

. . . . Vorläufige Mitteilungen über eine neue Methode zur operativen Beseitigung des Alveolar-Abszesses. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5904.

De Roaldes (A. W.) Exhibita of remarkable specimen of fibro-chondroma of bronchial origin (pharyngeal teratoma), removed from the throat of an infant six weeks old. Tr. Louisiana M. Soc., 1898, N, Orl. 1899, 157, 1 pl.

De Roaldes (A. W.) **and G. King.** Considerations on the radical cure of chronic empyema of the antrum Highmore by the method of Luc. *Ibid* : 248-256.

Robershaw (H. A.) Qualche piccolo dettaglio in materia di orificazione. Gior. di corrisp. p dentisti, Milano, 1899, xxviii, 234-237.

Roe (F. A.) A short and accurate way of making ■ gold crown. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 695-697.

Roe (W. J.) Sarcoma of the superior maxilla, involving the maxillary sinus. Dental Brief, Phila., 1899, iv, 497-520.

Romer. Uber die modernen Anschauungen über die Caries der Zähne. Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 793-496.

Roemer. (O.) Ueber Sensibilität des Zahnbeins. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1899. vxii, 393-397.

Röse (C.) Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung. J. f. Zahnheilk., Berl., 1899, xiv, no, 31-32. . . . . : München med. Wchnschr., 1899, xlvi, 1189. . . . . Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5903.

Rose (H.) Continuous gum work. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1899, xlii, 673-679.

Sanger (R. M.) All gold crowns. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 688.

Schreiter (F.) Ueber die operative und prothetische Behandlung der Defecte und Difformitäten der äusseren Nase. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1899, xvii, 404-413.

Schüle. Studien über die Functionen des menschlichen Mundspeichels. Arch. f. Verdauungskr., Berl., 1899, v, 165-174.

Seggel (R.) Ein Fall von Kieferklemme, bedingt durch interstitielle Myositis des Masseters. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5821-5863-5883.

Shroyck (W. W.) The countersunk nut. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 692.

Sisson (E. O.) Parasitic affections of the pharynx. Laryngoscope, St. Louis, 1899, vii, 162-168.

Skeede (F.) Old time too thache remedies. Dental Rev., Chicago, 1899, xiii, 718-721.

Smith (A. H.) Heilprocesse in der Zahnpulpa. Cor.-Bl. f. Zahnärzte, Berl., 1899, xxviii, 248-254.

Southwick (G. R.) The lesions of the mouth. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xv, 576-581.

Spence (S. J.) A radical method of preventing dark joints. Items Interest, N. Y., 1899. xxi, 651-654.

Stanley (H. B.) Treatment of hypertrophied tonsils. St. Louis M. Era, 1898-9, viii, 397-405.

Stern (G. J.) Streiflichter zur Beleuchtung zahnärztlicher Heilmethoden. Wien. zahnärstl. Monatschr., 1899, i, 383-399.

Stern (J.) Plaudereien aus der Praxis. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899. viii, 5734.

Sternfeld (A.) Ueber die sogenannte „ frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren." Oestterr. ungar. Vrtljschr. f. Zahnh., Wien, 1899, xv, 257-274.

Stervenson (F. A.) Dental legislation. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 571-576.

Stewart (H. T.) Partielle Entfernung des Cementes und Enthaltung des Zahnes bei der Behandlung der Pyorrhoea alveolaris. Zahnärsztl. Wchnschr., Hamb., 1899, xiii, 65-73.

Susugi (M.) [Suppurating inflammation of the buccal cavity.] Iji Shinbun, Tokio, 1899, 221-240.

Talbot (Eugène S.) Interstitial gingivitis, or so-called pyorrhœa alveolaris. Phila., 1899, S. S. White Dental Manufacturing Co.

Teets (C. E.) Atresia pharyings. Homœop. Eye. Ear and Throat J., N. Y., 1899, v. 262-265.

Thompson (A. H.) Comparative dental anatomy. Phila., 1899, S. S. White Dental Manufacturing Co. 176 pp. Small 8°.

Thorne (E.) The common pathological conditions of the dental pulp. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1899, xlii, 680-689.

Tileston (H. B.) Conservative conservatism. Indiana Dent. J., Indianap., 1899, ii, 927-934.

Townsend (É. L.) A twopart flask for forming seamless crowns. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 687.

Trueman (W. H.) Dental organisations in the United States: their mistakes and failures. Internat. Dent. J., Phila., 1899, xx, 557-570.

Villar (A.) Protesis dental. Valladolid, 1899, S. Pérez, 150 pp. 8°.

Waldés (J.) Tratamiento de la caries dentaria. Correo Internac. Odont., Madrid, 1898-9, iv, 1748-1755.

Walkhoff (O). Beitrag zu der pathologischen Anatomie und der Behandlung des überempfindlichen Zahnbeins. Odontologische Bl., Berl. 1899-1900, iv, 199-193.

Warbasse (J. P.) Sarcoma of the lower jaw. Brooklyn M.J., 1899, xiii, 578.

Whitney (C.) Correct occlusion, bridge and crown work. Items Interest, N. Y., 1899, xxi, 679-685.

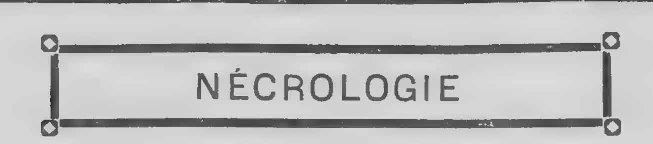
Witzel (A.) Otturamento dei denti con amalgama. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1899, xxviii, 201-204,

Wolf (M.) Ein Beitrag zur Extraction tief abgebrochener Wurzeln und Einiges über die Anatomie des Kiefers und der Zähne. Oesterr.-ungar. Vrtljschr. f. Zahnh., Wien, 1899, xv, 279-288.

Xevod (J.) Ueber den Prozess des Affinierens von Gold und die Fabrikation der Godfolie. Zahnärztl. Rundschau, Berl., 1899, viii, 5905. — Zahnkronen contra Zahnfüllungen. J. f. Zahnhneilk., Berl., 1899, xvi, no. 28.

Zang Prohpylaktische Füllungen, Deutsche Zahnärztl. Wchnschr., Wiesb., 1899, ii, 791-793.

Zang.. Zur Therapie der Kiefercysten. *Ibid* : ii, 833.



ADOLPHE DUGIT

Tous nos amis éprouveront avec nous de sincères et vifs regrets en apprenant la mort d'Adolphe Dugit, qui fut un des cinq fondateurs du cercle des dentistes, l'un des fondateurs de l'École dentaire de Paris et l'un des premiers membres de notre groupement. Personne n'ignore le dévouement qu'il montra lors de la fondation de cette École. Il fut président de cette première société dentaire française pendant de longues années et fit partie avec nous pendant longtemps également du Conseil d'administration.

Il nous semble inutile de rappeler le charmant caractère de l'ami modeste et désintéressé qui nous est ainsi enlevé à l'âge de 52 ans.

Que sa famille désolée nous permette de lui adresser, au nom du Comité de rédaction de *L'Odontologie*, nos sincères condoléances.

G. V.

Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu le mercredi 13 juin en l'église de Saint-Roch, et au cimetière de Saint-Maur-les-Fossés. L'École dentaire et l'Association étaient représentées par MM. Godon, Viau, Martinier, Ronnet, Billet, Legros, Max. Dugit, Bioux, Loup, Sorré, etc., etc.

M. CHAPOT-PRÉVOST

Nous apprenons avec regret la mort de M. Louis Chapot-Prévost, chirurgien dentiste, décédé le 19 avril dernier à Rio-Janeiro. Né à Paris le 3 février 1841, M. Chapot-Prévost exerçait l'art dentaire au Brésil depuis 1865; il avait gardé en France de nombreux amis et c'est à ceux-ci que nous nous unissons pour adresser à son fils et à sa famille l'expression de nos condoléances.



Visite de l'École dentaire de Paris.

M. Quesnay, inspecteur général de l'enseignement technique au Ministère du Commerce a été chargé de visiter en détail l'Ecole dentaire de Paris, d'étudier son fonctionnement et d'en rendre compte au ministre dans un rapport. Ce fonctionnaire a été reçu par le Directeur, M. Godon, et plusieurs membres du corps enseignant et du conseil de direction qui l'ont accompagné dans toutes les parties de l'établissement et lui ont fourni tous les renseignements nécessaires. M. Quesnay a félicité les administrateurs des résultats obtenus.

Naturalisation de M. Mendel Josef.

Nous avons le grand plaisir d'apprendre que notre collègue de *L'Odontologie*, M. Mendel Josef, vient d'obtenir du Gouvernement sa naturalisation de citoyen français.

Nos lecteurs ont eu l'occasion d'apprécier les nombreux et intéressants travaux qu'il a publiés dans ce journal ; nous avons l'espoir que notre collaborateur, devenu aujourd'hui notre compatriote, contribuera plus que jamais au succès de *L'Odontologie* en nous continuant son concours dévoué.

G. V.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 16 janvier 1900.

Présidence de M. Gillard, doyen d'âge, puis de M. Lemerle, vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Devoucoux, de Marion, Martinier, Meng, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau, Weber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui le porte comme présent, et fait remarquer qu'il n'est arrivé qu'à onze heures. Sous réserve de cette observation, le procès-verbal est adopté.

MM. Bioux, Godon et *Loup* s'excusent par lettres de ne pouvoir assister à la réunion.

Il est procédé à l'élection des membres du bureau, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 13.

Président : M. Godon.. 13 voix, élu.
Vice-présidents : MM. Lemerle.............................. 11 — id.
Viau.................................. 10 — id.
Martinier, d'Argent, Papot, Richard-Chauvin, Stévenin, 1 voix chacun.
Secrétaire général : MM. Sauvez.......................... 12 voix, élu.
Richard-Chauvin.................. 1 —

Nombre des votants : 14.

Secrétaire des séances : MM. Weber...................... 13 voix, élu.
Roy.......................... 1 —

Sur la proposition de *M. Lemerle*, M. d'Argent est nommé trésorier par acclamation.

M. Lemerle remplace M. Gillard à la présidence.

Nombre des votants : 15.

Directeur de l'Ecole : M. Godon............................ 14 voix, élu.
Directeur-adjoint : MM. Martinier.......................... 14 — id.
Gillard.............................. 1 —

M. Lemerle décline toute candidature au poste d'économe.

Econome : MM. Lemerle.. 6 voix.
Martinier.. 4 —
Bonnard, Weber, Stévenin, Viau, Devoucoux, chacun 1 voix.

Ballottage :

2e tour de scrutin : MM. Devoucoux.......................... 11 voix, élu.
de Marion.......................... 3 —
Weber.............................. 1 —

Bibliothécaire : MM. de Marion............................ 11 voix, élu.
Bonnard.............................. 2 —
Viau, Richard-Chauvin, chacun 1 voix.

M. Lemerle est nommé conservateur du musée par acclamation.

Commission de répartition des Commissions : MM. Martinier...... 13 voix, élu.
Richard-Chauvin. 10 — id.
d'Argent........ 9 — id.
Papot........... 8 — id.
Viau............ 8 — id.
Sauvez.......... 7 —
Roy............. 4 —
Bonnard......... 2 —
Gillard......... 1 —
Stévenin........ 1 —

Les cinq commissaires se retirent pour opérer leur travail et rentrent en séance quelques instants après.

M. Sauvez donne lecture d'une demande de l'élève D..., tendant à la délivrance de quatre inscriptions, avec un délai pour leur paiement, et d'une recommandation y relative.

Après observations de *MM. d'Argent, Papot* et *Martinier*, la délivrance est autorisée moyennant un engagement de payer.

M. Lemerle communique des lettres diverses.

Il fait part des décès de M. Gœury aîné, de M[mes] Blatter et Levrier.

Des condoléances sont exprimées aux familles

Il donne lecture de lettres de MM. Ducuing et Pillette.

Sur la proposition de *M. Viau*, ce dernier est nommé membre honoraire.

Il donne lecture d'une demande d'admision dans la Société de M[lle] Challiot, 9, rue Pétrelle, Paris.

M. Stévenin propose l'admission de MM. Stener, 2, place Bisson, Lorient ; Kanel, de Rambouillet ; Galvan, 5, Calle San Miguel, Cadiz (Espagne).

M. Papot propose celle de M. Bruel, 138, boulevard Richard-Lenoir, Paris, et lit une lettre de démission de M. Boerris, de Paris.

Ces diverses admissions sont prononcées et cette démission est acceptée.

La Commission présente ses propositions pour la répartition des commissions ; il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Elus.

Enseignement.	*Commis. scolaire.*	*Finances.*	*Cérémonies.*
MM. Lemerle.	MM. Papot.	MM. Viau.	MM. Meng.
Roy.	Weber.	Bioux.	Devoucoux.
d'Argent.	Bioux.	Billet.	de Marion.
Richard Chauvin	Loup.	Devoucoux.	Touvet-Fanton.
Gillard.	Touvet-Fanton.	Bonnard.	Weber.
Conseil de famille.	*Musée et biblioth.*	*Locat. Achats.*	*Exposition.*
MM. Stévenin.	MM. Lemerle.	MM. Viau.	MM. Lemerle.
Billet.	de Marion.	Devoucoux.	d'Argent.
de Marion.	Roy.	d'Argent.	Papot.
Loup.	Stévenin.	Lemerle.	Martinier.
Meng.	Gillard.	Papot.	Viau.
	Anesthésie.	*Prothèse.*	
	MM. Pinet.	MM. Bonnard.	
	Sauvez.	Meng.	
	d'Argent.	Gillard.	
	Martinier.		
	Viau.		

M. Lemerle dépose sur le bureau une brochure sur les rayons X offerte à la bibliothèque par M. Guichard.

Une proposition de *M. Roy* relative à des retraites à servir aux employés est renvoyée à la Commission des finances.

M. Martinier fait connaître l'attribution des bourses de l'Ecole et de la Ville.

Il demande la ratification du vote l'autorisant à faire achat de deux cents flacons de ciment. Approuvé, après observations de *MM. Bonnard* et *Roy*.

Il dépose et lit la circulaire adressée aux chefs de service relativement aux notes d'examen. *M. Lemerle* présente diverses observations.

Il communique une liste d'instruments demandés par M. Cecconi pour le laboratoire de prothèse et nécessitant un crédit de 300 francs. Le crédit est voté.

Il signale et dépose une proposition de M. Richard-Chauvin relative à l'enseignement préparatoire, qui est renvoyée à la Commission d'enseignement.

Il annonce que les agrandissements de la salle de prothèse sont terminés, que ceux de la salle de clinique et de la salle de démonstrations vont l'être aussi.

M. Papot présente son rapport au nom de la Commission scolaire.

MM. Martinier, *Lemerle* et *Roy* formulent diverses observations.

M. Sauvez dépose l'ordre du jour suivant, qui est adopté : « Le Conseil renvoie à la Commission d'enseignement l'étude d'un programme élémentaire pour les cours préparatoires pour les élèves de première année. »

M. Sauvez dépose une demande de souscription de 2000 francs par l'Ecole pour la réception des congressistes. — Renvoyé au bureau.

M. Roy dépose une demande qui est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. de Marion donne lecture de son rapport sur l'organisation et le fonctionnement de la bibliothèque, l'impression du catalogue et la disparition d'un livre de J.-B. Martin.

Une discussion s'engage ; *MM. Papot*, *Bonnard*, *Roy*, *Martinier*, *de Marion* y prennent part.

M. Roy propose que le Conseil invite M. Bonnard à remettre son catalogue au bibliothécaire actuel.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée au scrutin secret par 9 voix contre 1 et 2 bulletins blancs sur 12 votants.

Sur la demande de *M. Martinier*, la discussion de la question de l'impression de ce catalogue est remise à une autre séance, après une observation de *M. Sauvez*.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le secrétaire général.
Dr SAUVEZ.

Séance du 20 février 1900.

Président de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Gillard, Lemerle, Loup, Martinier, de Marion, Meng, Papot, Richard-Chauvin, Stévenin, Sauvez, Touvet-Fanton, Viau.

M. le secrétaire général donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Godon prononce une allocution.

Il annonce que MM. Poinsot, Richard-Chauvin et Meng, ont été nommés

officiers de l'Instruction publique, MM. Papot, Sauvez et Liskenne, ainsi que plusieurs membres de l'Association, officiers d'Académie.

Des félicitations sont votées aux nouveaux promus.

Il fait part du décès du jeune enfant de M. le Dr Monnet, aux obsèques duquel l'Ecole avait envoyé une couronne.

M. Godon annonce les décès de MM. Sablayrolles, Lehmans, de Mmes Crouzet, Coupard et Bailly.

Des condoléances sont exprimées aux familles.

Sur sa demande, le Conseil technique est autorisé à rechercher, d'accord avec le Conseil judiciaire, à qui incombent les travaux de consolidation de l'immeuble.

Des propositions de ventilation formulées par la maison Bessière sont renvoyées au conseil technique.

Des remercîments sont adressés à M. Chapot-Prévost, de Rio-Janeiro, pour don à la bibliothèque d'une brochure intitulée : « Modifications à la technique de l'anesthésie locale. »

M. *Godon* donne lecture d'une lettre du Syndicat des chirurgiens-dentistes relative à une contre-réclame à opposer à la publicité de certains praticiens.

Après observations de *MM. Sauvez*, *Stévenin*, *Godon*, *Roy* et *Martinier*, la proposition de ce dernier tendant à la nomination des deux délégués demandés par le Syndicat est mise aux voix et adoptée.

MM. Martinier et Bonnard sont nommés délégués.

M. Godon lit :

1° des lettres de remercîments de MM. Pillette et Bruel ;

2° Une lettre de démission de M. Martial-Lagrange.

Sur la proposition de *M. d'Argent*, ce dernier est nommé membre honoraire et le Conseil lui exprime ses regrets de le voir se retirer ;

3° Une lettre de l'Académie de Paris relative aux examens ;

4° Une lettre de la Préfecture de la Seine sur l'attribution des bourses ;

5° Le tableau des notes données par la Faculté aux élèves de l'Ecole lors des examens, tableau communiqué par la Faculté ;

6° Une lettre de M. Aron relative aux jours de souffrance ;

7° Des demandes d'admission dans la Société présentées par MM. Chateau (de Paris), Dr Levett et Créange. (L'admission est prononcée.)

MM. Papot, *Lemerle* et *Martinier* donnent également lecture respectivement de demandes d'admission formées par MM. Périer Nedey, Dr Ollagnier, Lée et Cardon, qui sont renvoyées au Conseil de famille.

Sur la proposition de *M. Stévenin*. MM. Pélissier et Païla sont admis dans la Société.

M. Martinier propose l'adoption d'un programme pour le concours de deux chefs de clinique, les épreuves comportant plusieurs opérations (Adopté).

Le concours est fixé au 1er avril ; ce programme sera publié dans le numéro du 28 février et suivi d'un extrait de la lettre de l'Académie imposant aux étrangers l'admission à domicile.

M. Martinier soumet le programme d'un concours pour le poste de professeur suppléant de clinique (Approuvé).

Après un échange d'observations le concours est fixé au 27 mai.

M. Martinier fait un rapport verbal sur l'administration de l'Ecole et le fonctionnement des divers services ; il entretient le Conseil d'un projet de timbre pour la clinique, de la création d'un vestiaire pour les professeurs, de l'agrandissement de la salle d'attente des malades, de la nécessité de faire fonctionner le service d'anesthésie (le bureau est chargé de ce soin).

(*A suivre*).

20e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1900 Vol. XXIII



BULLETIN

LE CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

et

LA SECTION DE STOMATOLOGIE DU XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Par ordre supérieur :

« Les dentistes diplômés sont admis à s'inscrire dans » la section de stomatologie du Congrès international » de médecine, qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août » 1900. »

Ce fait professionnel a son importance ; nous tenons à le souligner, à montrer son historique et à en expliquer les conséquences, — dans l'intérêt de la profession autant que dans l'intérêt du Congrès dentaire international, — pour le succès duquel nous travaillons depuis deux ans.

Disons tout de suite que c'est une nouvelle reconnaissance de la valeur du diplôme de chirurgien-dentiste, une sorte de validation de ce titre.

I

La situation n'était pas logique ; aussi n'a-t-elle pu persister.

Les Congrès internationaux de médecine antérieurs (Congrès de Berlin, de Rome, de Moscou) comprenaient, de même que le Congrès médical actuel, une section traitant des maladies de la bouche et des dents.

Les dentistes étaient admis dans cette section, car les organisateurs avaient pensé que les hommes qui exercent la profession de dentiste sont aptes à faire des communications sur les maladies des dents et à faire des démonstrations de dentisterie ou de prothèse, c'est-à-dire à parler de leur art.

Ce raisonnement, qui paraît logique à première vue, n'avait pas été goûté par les organisateurs de la section dite de stomatologie du Congrès médical actuel. Ces derniers avaient pensé que pour disserter sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique dentaire, pour donner des avis sur des procédés de pratique courante, pour causer de l'hygiène dentaire, de l'anesthésie (découverte par un dentiste), de l'enseignement de l'art dentaire, il était logique d'éliminer les dentistes et de s'adresser uniquement à des médecins.

Cette nouvelle ne surprit pas beaucoup les dentistes français; elle était la conséquence de la situation actuelle; elle résultait de la différence de point de vue qui sépare les stomatologistes et les dentistes de notre pays, les premiers pensant que pour être dentiste, il faut avant tout avoir fait des études médicales, les autres pensant que pour être un dentiste il faut avant tout avoir fait des études dentaires.

Comme on s'était adressé pour former le Comité d'organisation de la section de stomatologie aux seuls stomatologistes, les dentistes se trouvaient exclus et n'en étaient pas surpris: ils n'attendaient ni moins ni plus.

Devait-on protester ? On n'en a pas jugé ainsi ; peut-être aurait-on eu gain de cause, mais les dentistes français ont pensé qu'il n'était pas digne de protester

contre une exclusion qui était en quelque sorte une « absence d'invitation ». On ne proteste pas en général parce qu'on n'a pas été invité à un banquet.

D'ailleurs, l'étiquette disait : Section de stomatologie, et non section d'odontologie.

Or, la stomatologie étant quelque chose d'assez mal défini, qui englobe les maladies de la bouche, en y comprenant plus ou moins les dents, plutôt moins que plus, les dentistes qui ne s'occupent que des maladies des dents ont pensé qu'il n'était pas très utile pour eux d'assister à cette section.

Et puis, était-ce bien utile de chercher à s'imposer ? On pouvait très bien se réunir tranquillement, à part, et former un Congrès spécial, d'autant plus que l'importance et la multiplicité des parties de l'art dentaire actuel cadrent difficilement avec l'étendue d'une simple section d'un Congrès de médecine.

C'est ce qui fut fait et l'on commença l'organisation du Congrès dentaire international, basé sur une Commission d'organisation et des Comités nationaux nommés par des Sociétés, et non basé sur le choix de quelques personnalités.

Les pouvoirs publics ont reconnu officiellement ce Congrès et par conséquent lui accorder les avantages afférents aux Congrès officiels et M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris a bien voulu en accepter la présidence d'honneur,

Quelques dentistes disaient bien qu'il était bizarre qu'on les eût admis à l'étranger dans les Congrès médicaux précédents, quand ils n'étaient alors, en France, que des patentés sans aucun titre médical, et qu'on leur interdît l'accès du Congrès médical qui avait lieu en France, juste au moment où ils venaient de passer à la Faculté, conformément à une nouvelle loi, des examens portant sur des connaissances médicales, pour exercer leur profession.

Ils s'étonnaient qu'alors qu'on leur disait d'un côté

« vous voici entrés dans la grande famille médicale », on leur fermât précisément la porte à peu près ouverte auparavant.

A peine la fameuse porte était-elle entre-bâillée pour quelques individualités extra-médicales auxquelles le Comité d'organisation voulait bien dire, par exception et par condescendance, après jugement : « Dignus es intrare in corpore nostro. »

Quelques autres, sachant que cette section de stomatologie était organisée par plusieurs des examinateurs stomatologistes (c'est-à-dire des examinateurs pour dentistes), s'étonnaient que ceux-là mêmes qui les avaient admis à leur examen et par conséquent à l'exercice de leur profession leur interdissent d'autre part l'entrée de la susdite section où devaient se discuter des questions intéressant leur art, en leur enlevant ainsi la possibilité de s'instruire.

Ils posaient le dilemne suivant :

« Ou bien je ne suis pas apte à exercer l'art dentaire et, on a eu tort de me donner à la Faculté de médecine un diplôme qui me donne le droit d'exercer.

» Ou bien, je suis apte à l'exercer et alors on devrait m'admettre dans la section où seront traitées des questions dentaires. »

Ces observations furent vaines et les choses en restèrent là.

A ceux qui s'adressaient aux organisateurs, à ce sujet, on répondait par les explications que nous avons publiées jadis in extenso *:*

1° Il est nécessaire *de n'admettre que des membres ayant des origines scientifiques équivalentes ;*

2° L'admission des dentistes amènerait un surcroît numérique de membres trop considérable.

Ces explications n'ont, paraît-il, pas été jugées suffisantes en haut lieu ; on a peut-être pensé que si l'on poussait un peu ce raisonnement sur la nécessité *des origines scientifiques équivalentes, il y aurait lieu d'é-*

tablir des distinctions entre les congressistes n° 1, n° 2, n° 3, suivant que l'un serait professeur agrégé, ou médecin des hopitaux, ou bien encore docteur d'un pays où les études médicales sont élevées, et précédées de baccalauréats par exemple, tandis que l'autre serait simple médecin d'un autre pays où les études médicales seraient faibles et non précédées d'examens analogues aux baccalauréats.

On a pensé, d'autre part, que la crainte d'avoir trop de monde était un argument que pouvaient difficilement présenter les organisateurs d'une grande réunion. De plus, les Comités nationaux étrangers, saisis de tous côtés de protestations des dentistes de tous pays qui se trouvaient lésés, ont fini par agir ; ils ont fait entendre des plaintes qui venaient du monde entier, parce que l'opinion était la même partout ; cette unanimité même, qui se rencontre quand une injustice est commise, était la preuve de la justice de la cause.

Et l'ordre supérieur est arrivé à la suite de ces protestations venues de l'étranger..... et d'ailleurs.

Nous sommes heureux, pour la profession de dentiste que nous exerçons, que cette solution soit intervenue.

Nous avons à nous demander, maintenant que la question de principe est résolue en faveur des dentistes, s'ils doivent profiter de cette tolérance et aller au Congrès médical international.

II

Nous ne le pensons pas, et nous dirons immédiatement pourquoi : c'est parce que les organisateurs de la Section de stomatologie, réunis pour discuter les mesures à prendre en présence de la nouvelle situation, ont émis l'ordre du jour suivant :

« Les membres de la Section de stomatologie regret-

tent les modifications apportées par le comité exécutif au règlement antérieurement élaboré et décident de continuer leur adhésion au Congrès et de prendre part à ses travaux. »

Nous ne cacherons pas que cet ordre du jour nous chagrine; nous avons toujours désiré et nous désirons encore la fusion entre les deux groupes qui sont frères et qui se traitent en frères ennemis; nous avons toujours soutenu cette idée, soit publiquement, soit dans des conversations particulières, et nous n'avons pu voir sans regret que ceux qui sont de cet avis ne soient pas encore les plus nombreux. Ce qui nous console et nous permet d'espérer, c'est que le présent ordre du jour a été voté par 11 voix contre 9. Toutefois il a été voté.

Les organisateurs de la Section de stomatologie sont en majorité pour regretter que les dentistes aient été admis à s'asseoir sur les mêmes bancs qu'eux-mêmes. Aux dentistes de voir quelle doit être leur ligne de conduite. Ils sont dans la situation, non pas de membres invités, mais de membres qu'on subira parce que l'ordre supérieur a imposé leur admission. On ne leur dit pas : « Venez travailler avec nous au progrès de l'art dentaire. » On leur dit : « Si vous venez, nous vous accepterons, puisqu'on nous oblige à vous recevoir; mais nous le regrettons. »

Nous ne voulons pas discuter si ceux qui ont donné l'ordre d'accueillir les dentistes dans la Section ont lieu d'être satisfaits de la façon dont on leur a obéi. Il appartient aux pouvoirs publics de voir si les organisateurs à qui ils ont confié le soin de former une Section de stomatologie dans le Congrès de médecine, section ouverte aux médecins et aux dentistes diplômés, ont rempli la mission qu'ils avaient reçue en disant à l'un des deux groupements : « Nous regrettons d'être forcés de vous admettre. »

Ce que nous pouvons dire, parce que nous désirons

la fusion, c'est que nous déplorons cet ordre du jour et que nous le trouvons illogique.

A l'annonce de cette nouvelle, nous avions pensé qu'il ne pouvait y avoir que trois solutions :

1re solution. — Les organisateurs de la Section de stomatologie regrettent la mesure prise et donnent leur démission.

C'eût été là une conduite logique. Nous avouons même que c'est ce que nous pensions comme solution probable. Personne n'est forcé de faire quelque chose qui lui déplaît et qu'il déclare regretter ; on n'est pas obligé de capituler quand la retraite est libre : se démettre ou se soumettre. C'est ce qu'a très bien compris l'un des membres les plus distingués de la Société, qui a préféré se retirer et rester fidèle à ses idées.

2e solution. — Les organisateurs de la Section de stomatologie prennent acte de la décision et passent à l'ordre du jour.

C'eût été ouvrir la porte largement, sans réticence, et faciliter un rapprochement entre les stomatologistes et les dentistes.

3e solution. — Les organisateurs de la Section de stomatologie, considérant que le fait d'ouvrir la section aux dentistes rend inutile cette section séparée dans le Congrès de médecine, acceptent de fusionner leur section avec le Congrès dentaire international.

Cette dernière solution, nous la rêvions, mais nous ne l'espérions pas. Lorsqu'on a organisé le Congrès dentaire international, nous avons adressé une lettre à la Société de stomatologie pour l'inviter à nommer des délégués : c'est assez dire que nous aurions admis avec plaisir cette solution. Nous avons pu voir que les pronostics que nous avions émis ne se réalisaient pas.

C'était une occasion de se grouper, de se connaître, de s'apprécier sur un terrain uniquement professionnel et scientifique. Les stomatologistes l'ont refusée,

sans toutefois se retirer, en disant qu'ils regrettaient l'arrivée des intrus qu'on leur imposait, c'est-à-dire, en somme, en les empêchant de venir librement à eux.

Aussi croyons-nous que les dentistes s'abstiendront de se présenter à la porte du Congrès médical. En tout cas, si notre faible voix a quelque influence dans ce cas, nous leur conseillons cette abstention pour éviter les moyens extrêmes.

Nous ne sommes pas d'avis d'exciter les dentistes contre les stomatologistes et réciproquement ; nous désirons arriver à la fusion non par des coups de force, mais en nous adressant à la raison. Nous considérons la stomatologie comme une petite province rebelle du grand pays que représente l'art dentaire, et nous avons des amis personnels des deux côtés; aussi ne désirons-nous pas la guerre. C'est pourquoi nous conseillons l'abstention.

Si, au contraire, nous étions partisan de la guerre, des moyens violents, nous dirions aux dentistes d'aller à cette section, en nombre assez considérable ; nous n'aurions pas beaucoup de peine à en réunir 100 à 150 et, à la première séance de la Section de stomatologie, l'un d'eux demanderait la parole et dirait : « Messieurs, nous sommes admis parmi vous. Vous le regrettez, nous le savons, mais nous avons le droit d'être ici, et nous avons la force de notre nombre. Nous commençons aujourd'hui les séances de la Section de stomatologie et le rôle du Comité d'organisation est terminé. Nous demandons, en conséquence, que le bureau de la section soit constitué par vote, et que les dentistes soient représentés dans ce bureau. »

Nous sommes bien certains du résultat. Mais qu'en sortirait-il ? Ou bien les stomatologistes qui regrettent qu'on ait admis les dentistes ne voudraient pas traiter avec eux et s'en iraient, ou bien ils accepteraient de le faire, tout en le regrettant. Et la situation serait la même qu'auparavant, c'est-à-dire que les deux groupes

seraient encore en état d'hostilité. Or ce n'est pas là ce que nous désirons ; nous désirons une entente basée sur la raison, et non un armistice ou une capitulation forcée.

Et c'est pourquoi nous nous sommes occupés activement de l'organisation du Congrès Dentaire International, ouvert à tous les dentistes, pourvu qu'ils aient le droit d'exercice dans leur pays et qu'ils exercent honorablement leur profession. Qu'ils soient simples patentés, diplômés ou docteurs en médecine, nous les accueillons dans le Congrès avec la même bienveillance.

Tout nous montre que nous ne nous sommes pas trompés; nous avions 500 adhérents au 1er mai, et nous comptons bien en avoir environ un millier. Les praticiens les plus qualifiés du monde entier n'ont pas hésité à nous assurer leur collaboration. L'adhésion même de nombreux médecins-dentistes nous prouve que nos idées sont partagées.

Si quelques intransigeants ne veulent pas voir la marche en avant qu'ont faite les dentistes et l'art dentaire depuis 20 ans, et préfèrent s'attarder à la contemplation de leurs rêves passés, c'est qu'ils se désintéressent de la profession qu'ils exercent (tout en l'appelant d'un autre nom) et nous le regrettons pour eux.

Plus nous irons et plus ces différences se nivelleront, malgré les efforts des sectaires, quels qu'ils soient.

Le Congrès Dentaire International est un terrain d'entente et l'occasion d'une véritable fusion de tous les éléments professionnels libéraux appartenant aux divers groupes.

Dr E. SAUVEZ,
Secrétaire général du
Congrès Dentaire International.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **A VENDRE D'OCCASION :** 2 fauteuils d'opération dont un Morisson avec tablette et crachoir. — 3 machines à vulcaniser dont une système Wirth. — 1 tour d'atelier. — S'adresser, 32, rue Tronchet. (30-^{1})

---

2 **A CÉDER** 10,000 francs, **CABINET DENTAIRE**, Paris, rue de Rivoli. *Agencement complet.* **Situation exceptionnelle.** Bail à volonté. Loyer 1,400 francs. Ecrire M. 888, poste restante, bureau 17, Paris. (31-^{4})

---

3 **A CÉDER TOUT DE SUITE** pour **cause de santé** excellent cabinet. Région du Nord, à proximité de Paris. Chiffres d'affaires 45,000 francs. **Facilité de paiement** contre garanties. S'adresser à la Société Française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (33-^{4}).

---

4 *Chirurgien- dentiste* ***DANOIS*** (23 ans), qui a passé l'examen dentaire 1898 avec le nombre de points le plus grand obtenu en Danemark, cherche emploi à partir du 1er septembre ou plus tard comme assistant chez dentiste français. Adresser les lettres à Tandlaege Sven Warming Joldbodgaden 23, Christiana. (34-^{3})

---

5 **A vendre, CAUSE DE DÉPART, Cabinet dentaire** dans région *Nord-Ouest* faisant environ 8.000 francs d'affaires. Prix 5.000 francs. Ecrire par poste à A. Z. aux soins de l'administration du Journal. (35-^{3})

---

6 **DOCTEUR MÉDECIN** D. E. D. P. et avec pratique d'hôpital, service dentaire, d'environ deux ans, désire trouver à **Paris** place *d'opérateur* ou remplacer dentiste pendant absence. — Ecrire N. D. D^r. 34, rue des Ecoles. (36-^{3})

---

7 *A CÉDER* tout de suite, *après décès*, **Cabinet à Paris** (*rive-gauche*). 10 ans d'existence. 12.000 fr. d'affaires absolument sûres. Frais généraux très peu élevés· Conditions de vente avantageuses, avec l'installation. S'adresser au Docteur Roy, 5, rue Rouget-de-l'Isle. Paris. (37-^{3})

---

8 **ALLEMANDE-DENTISTE**, bien recommandée cherche place ***d'opératrice*** ou de *mécanicienne* en France (*Paris* ou *Province*). S'adresser E. Stocker, Karlsruhe, Körnerstr, 9 (Bade). (38-^{3})

---

9 Place de **Dentiste** à prendre dans une **CLINIQUE** de fondation ancienne ; il y a dans cette clinique deux Docteurs exerçant, l'un la gynécologie, l'autre les maladies des enfants. Frais généraux par an : 400 francs. S'adresser 12, rue Bleue, tous les jours à 11 h. 1/2. (39-^{2})

---

10 *Appartement* situé au 2me étage, occupé depuis ***50 ans*** par ***DENTISTE***, à louer pour *octobre*, 1, rue des Tournelles. Angle de la rue St-Antoine. Loyer modéré, *occasion*. (41-^{2})

---

11 *DOCTEUR FACULTÉ PARIS,* désire reprendre CABINET *aris-*
tocratique de **grand rapport,** si rendement suffisant pour deux ;
(*association*) apporterait, avec capitaux, relations nombreuses, choisies ;
aurificateur premier ordre, **inlags, crown, Bridge,** méthodes étran-
12 gères ; parle 5 langues. Dr BUISSON, 150, Anvers, poste restante. (43-^{2})

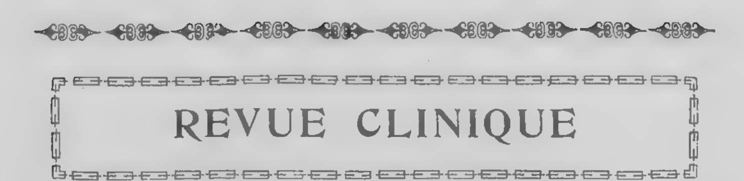
---

13 **DENTISTE AMÉRICAIN M. D. — D. D. S.** demande situation d'**OPÉRATEUR** à Paris. *Bon aurificateur, Travaux de porcelaine, 15 ans de pratique.* Ecrire à D. D. S., 31, rue Tournefort, Paris. (44-^{2})

---

14 **OCCASION EXCEPTIONNELLE**. *Cabinet dentaire à vendre* de suite avec tout mobilier et installation électrique 9e arrondissement. Ecrire par poste aux initiales F. N. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris. (45-^{1})

Voir la suite p. 544 *bis.*



NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

CONSIDÉRÉE COMME ACCIDENT DE LA DENT DE SAGESSE

Par M. le Dr Chemin, D. E. D. P.

(Communication à la Société des Dentistes du Midi)

Au commencement du mois de mai dernier, M. X..., âgé de 45 ans, cultivateur dans le département du Gers, se présente dans notre cabinet, sous les auspices de notre ancien maître, le Dr Secheyron, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, qu'il avait consulté quelques jours auparavant. Nous examinons ce malade et nous constatons qu'une excavation profonde existe au maxillaire inférieur du côté droit, au niveau des racines des première et deuxième grosses molaires. La dent de sagesse présente une carie pénétrante à bords coupants. Elle est inclinée du côté de la deuxième molaire, qui semble l'avoir gênée dans son évolution. Tout ce côté de mâchoire est recouvert de tartre ; enfin une fistule cutanée s'ouvre à 1/2 centimètre au-dessous du trou mentonnier. Nous interrogeons ce malade et voici ce qu'il nous raconte : cette affection pour laquelle il nous consulte remonte *à neuf années*. Elle débuta par de violentes douleurs et une constriction des mâchoires. Pendant six mois il fut obligé de se nourrir d'aliments liquides. Toute cette région jusqu'au milieu du cou était tuméfiée et la douleur s'irradiait vers l'épaule, puis un abcès s'ouvrit à la place qu'occupe aujourd'hui la fistule, fistule qui depuis neuf ans n'a jamais cessé de couler. Il lui suffisait d'appuyer légèrement sur sa joue pour qu'un pus fétide sortît et par la bouche et par la fistule. Le matin, à son réveil, il lui tardait de se lever pour se laver

la bouche et se débarrasser de ce pus qui l'infectait. Pendant ces neuf années il fut soigné par le médecin de sa localité au moyen de gargarismes à l'eau vinaigrée. C'est le seul traitement que ce malheureux ait jamais suivi jusqu'au moment où il se décida à aller consulter un autre médecin, et ce fut une abondante hémorragie qui le détermina à avoir recours à un médecin de la ville. Le malade a depuis un an cessé tout travail, étant arrivé à un tel degré de faiblesse qu'il se tient difficilement sur ses jambes. En un mot, c'est un homme empoisonné par le pus et qui constitue le plus beau cas de cachexie buccale que nous ayons jamais eu l'occasion d'observer.

Quand il se présenta au Dr Secheyron, ce médecin crut avoir affaire à un sarcome du maxillaire tant le malade offrait l'aspect d'un cancéreux, et quel ne fut pas son étonnement quand il constata au maxillaire inférieur droit un séquestre énorme, mobile, rugueux et érodé, recouvert par une gencive fongueuse et baignant dans le pus et le sang. Le séquestre fut enlevé sans difficulté et c'est alors que nous vîmes le malade.

Pour nous bien rendre compte de la situation nous procédons au nettoyage de la bouche et nous constatons que les première et deuxième grosses molaires inférieures droites sont indemnes de carie. La première molaire est très légèrement mobile et un peu sensible à la percussion. La troisième molaire, un peu ébranlée et mal poussée, offre une carie du 4e degré, anfractueuse, dont le bord externe a ulcéré la muqueuse de la joue. Par l'orifice cutané de la fistule nous introduisons une sonde qui va buter les racines de la première grosse molaire et fait apparaître *un poil* qui s'est développé au niveau de cette molaire, sorte de cutanéisation de l'orifice interne de la fistule. Il ne semble plus exister de séquestre.

Après avoir prescrit un lavage buccal au phénosalyl, nous donnons rendez-vous à notre malade pour le lendemain, afin de le laisser reposer. Nous faisons alors l'extraction de la dent de sagesse cariée dont les racines ne

présentent aucun point de nécrose, mais dont le périoste est considérablement épaissi et graisseux, ainsi que celui de la première grosse molaire qui est légèrement ébranlée et dont la racine postérieure porte un point de nécrose. Puis, le malade endormi au bromure d'éthyle, nous procédons au curettage de la fistule.

Quelle a été la cause de cette nécrose du maxillaire ? Bien que nous n'ayons pu savoir si la dent de sagesse avait évolué normalement avant le début de l'affection, la marche des accidents, la position vicieuse de cette dent, sa carie pénétrante, nous font supposer que cette nécrose a été consécutive à l'évolution vicieuse de cette dent dont la carie a favorisé et aggravé les accidents. Le point de nécrose, relevé sur la racine postérieure de la première grosse molaire n'a été que secondaire et la conséquence de la présence de ce pus qui depuis plusieurs années baigne toute cette région.

Nous avons eu l'occasion de revoir notre malade ces jours derniers, c'est-à-dire plus d'un mois après notre intervention ; il est complètement guéri, la cicatrisation s'est opérée normalement, ses forces sont revenues et il a pu reprendre le travail des champs.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿ *président.*
Dr Roy, *vice-président.*
Choquet, *vice-président.*

MM. **de Marion** ✿ *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Gross, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng**, I ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey**, ✻, ✿ **et Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1900

BUREAU

M. **G. Viau** I, ✿, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, I ✿, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*

MM. **De Marion**, ✿, *secrétaire général.*
Billet, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✻, ✿, **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, **Godon** ✻, ✿, **Lemerle**, ✿, **Dr Maire**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ♁, ✿, **Paulme**, **Dr Sauvez**, ✿, **Stévenin**.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. **Dr Martin**, ✻ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.)**, **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud,** attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES AMÉRICAINS

I. — Revue critique des travaux récents sur la pyorrhée, par M. Harlan, *de Chicago. (Dental Cosmos.)*

Le travail qu'a entrepris M. Harlan est peut être plus destiné à montrer la confusion qui règne dans l'esprit des auteurs qui ont écrit sur cette maladie qu'à exposer les faits nouveaux qu'ils apportent pour éclaircir les points obscurs de l'étiologie de la pyorrhée.

Il consacre la première place à la très longue publication de M. Nash sur ce sujet. Son travail intitulé « Chronic alveolitis » a environ 316 pages dans le premier volume et le deuxième doit suivre.

Ce qu'il appelle l'alvéolite idiopathique est simplement la localisation d'une dyscrasie constitutionnelle.

Il y a toujours, dit-il, dans cette affection une histoire de gastrite ou de dyspepsie ou même la combinaison des deux, d'anémie nerveuse ou générale accompagnée de paralysie glandulaire ou même d'hérédité, qui quelquefois joue un rôle essentiel, car jamais l'affection ne frappera un individu dont les ancêtres n'ont pas été de grands viveurs.

Il rejette l'idée de la nature infectieuse et contagieuse de l'affection.

D'un autre côté il reconnaît douze variétés d'alvéolites, dont deux seraient causées par des dépôts calcaires superficiels ou profonds, trois par le plomb, le mercure et le bismuth, une par l'hypercémentose, par le scorbut, deux par l'alvéolite atrophique et éruptive. Les maladies spécifiques, également indiquées, interviendraient comme douzième cause. Enfin, l'auteur dit que nos connaissances sur l'alvéolite idiopathique ne sont pas antérieures à cent ou cent cinquante ans.

L'appréciation que porte M. Harlan sur cet ouvrage, dont il attend impatiemment le second volume pour voir s'il trouvera enfin quelque chose de vraiment original, est plutôt sévère, car il lui reproche son manque de netteté, de classification, et surtout, d'avoir voulu donner à cette affection déjà surbaptisée encore un autre nom, augmentant la confusion. Cependant il y reconnaît quelques bonnes choses, qui ne sont pas toujours à leur véritable place.

Le second auteur qu'il examine est M. Barrett, qui a consacré un chapitre à la pyorrhée dans sa « Pathologie de la Bouche ».

Ce dernier reconnaît que la nature exacte de ce désordre n'est pas encore bien fixée. Son siège est nettement limité à l'alvéole, au périodonte et à la racine, fait qui semble bien prouvé par l'extraction de la dent qui amène la cessation de tous les accidents. Il cite trois entités pathologiques sous lesquelles on désigne communément la pyorrhée : la première a un caractère essentiellement local ; la deuxième a ses causes dans les dépôts de tartre ou nodulaires sur la racine des dents ; la troisième est la manifestation d'un état cachectique bien distinct ou dyscrasie absolument indépendant des deux facteurs précédents.

En résumé, bien qu'attribuant à la maladie une origine généralement locale, le Dr Barrett reconnaît que la cachexie exerce une influence réelle comme cause prédisposante.

Eames dans son livre sur la *Pratique de la Médecine dentaire* établit que la maladie connue sous le nom de pyorrhée alvéolaire est presque toujours le résultat d'une diathèse constitutionnelle ; que les dents sont les victimes des manifestations locales et que par le traitement la diathèse on peut guérir la pyorrhée.

Bodecker dit que jusqu'en 1867, c'est-à-dire à peu près jusqu'à Rigg, on pensait que la pyorrhée alvéolaire était une affection gingivale. Rigg lui-même croyait que cette affection était le résultat de la nécrose du bord alvéolaire. En 1873 Magitot prouva que cette maladie avait pour siège le périodonte. Tomes, de son côté, établissait que la pyorrhée n'était aucunement due aux dépôts salivaires comme on le croyait. Bodecker ne s'exprime pas avec une opinion bien tranchée en dehors de l'hérédité et d'une affection chronique générale qu'il donne comme cause prédisposante de l'ébranlement des dents ; il ne semble pas attacher d'importance aux autres causes.

Talbot a émis son opinion sur cette affection dans un travail intitulé « Gingivite interstitielle ». Il a tenu, lui aussi à lui donner une autre dénomination qui n'a pas davantage que les autres le mérite de la clarté. Il dit dans son travail que la dégénérescence, la nature transitoire de certaines structures et l'évolution de la mâchoire sont parmi les causes prédisposantes. Il divise, à l'instar de nos auteurs français, l'étiologie de la pyorrhée en causes prédisposantes générales et locales et en causes déterminantes. Il est d'avis que les facteurs constitutionnels contribuent à son développement dès le début et que le tartre vient comme cause déterminante chez l'homme.

Cette gingivite s'étend le long de la racine jusqu'à l'apex, amenant la résorption du procès alvéolaire. Il a remarqué que chez les animaux la gingivite ayant une cause locale autre que le tartre est très rare.

Talbot conclut que les anciens, d'après l'examen des crânes préhis-

toriques, avaient souffert de la pyorrhée alvéolaire. Mais quelle influence cela peut-il bien avoir sur la génération actuelle ?

Les maxillaires et les dents des hommes à cette époque étaient-ils différents quant à la forme et même quant au nombre de ceux d'aujourd'hui ? N'y avait-il pas des dégénérés à cette époque ? Ce qui fait dire à Harlan que les arguments de Talbot sont défectueux et incapables de prouver quelque chose.

Rhein divise la maladie en deux grandes classes : celle où la cause déterminante est la cause seule de la maladie et qui fait de la maladie un trouble purement local. Il nomme cette forme de « pyorrhée simplex » en opposition avec l'autre classe la « pyorrhée complex » dans laquelle il y a toujours une cause prédisposante derrière la cause d'irritation locale.

M. Harlan arrête là sa revue des auteurs dont il a cru devoir donner l'opinion sur cette question. Cependant la série des praticiens distingués qui ont écrit sur ce sujet n'est certes pas épuisée. Il donne les noms de Sudduth, Black, Miller, Peirce, Kirk, Younyer, Magitot, Fitzgerald, Witzel.

Nous regrettons que cette liste bibliographique ne mentionne pas d'autres auteurs français que Magitot, surtout qu'ici on a recherché les auteurs de publications plutôt récentes.

Discussion

M. Eames, de Boston, estime que les manifestations variées de cette affection ne sont, en réalité, que des symptômes d'un état pathologique, plutôt que la maladie elle-même, aussi lui paraît-il important de préciser, quand on parle de la pyorrhée alvéolaire, quelle variété l'on veut désigner : par exemple celle qui est caractérisée par un dépôt étendu blanchâtre et mou, près des bords de la gencive et allant vers l'apex de la racine, ou celle qui est caractérisée par un dépôt mince, dur et noir se trouvant à un endroit quelconque entre le bord de la gencive et l'apex ou bien celle caractérisée par la résorption des gencives, sans trace de dépôt autour de la racine, d'inflammation ni de douleur, ou bien enfin celle qui est caractérisée par cet état où nous remarquons une résorption avancée, de la suppuration, de la douleur et du ramollissement extrême.

« Je pense, dit l'orateur, que la cause initiale de presque toutes, sinon de toutes les pyorrhées alvéolaires, est constitutionnelle, mon expérience clinique me l'ayant toujours prouvé. »

M. Shepard, de Boston, qui se vante d'être un praticien plutôt qu'un théoricien, ne désire envisager la question que sur le terrain clinique.

Il a été conduit à diviser cette question de l'ébranlement des dents en deux classes : celle qui est incurable, c'est-à-dire où l'on

peut guérir relativement et partiellement, et celle où tout individu, pourvu qu'il prenne les précautions nécessaires pour l'empêcher, est totalement exempt du mal.

Il insiste sur ce dernier point en disant qu'il est absolument certain qu'on peut prémunir contre l'ébranlement des dents jusqu'à un âge assez avancé pourvu qu'on fasse procéder à un nettoyage minutieux et régulier de sa bouche.

M. Nash cite l'observation du premier cas d'alvéolite qu'il lui a été permis d'observer. Il s'agissait d'une jeune personne de treize ans, dont l'affection était idiopathique. Il n'y avait ni gingivite, ni hypercémentose, ni dépôts calciques; pas d'allongement de la dent et cependant elle était mobile et il existait une suppuration abondante.

M. Hally Smith, de Baltimore, dit que la chicane sur l'appellation qu'on doit donner à l'affection n'a pour lui aucun intérêt, et qu'au contraire ses confrères seraient bien plus intéressés d'apprendre un traitement curatif.

M. Head, de Philadelphie, désirerait que deux ou trois dentistes de New-York recherchassent dans le service des hôpitaux les cas d'ébranlement des dents consécutifs à une maladie organique ou diathésique et que tous les résultats obtenus fussent enregistrés et classés de façon à connaître le pourcentage d'individus ataxiques atteints de pyorrhée, de rhumatismes et autres maladies causant ces troubles. Il n'entend pas parler cependant de la salivation mercurielle, ni de la syphilis ou autres maladies consomptives, mais de celles qu'on reconnaît généralement comme causes de la pyorrhée alvéolaire.

M. Hofheinz cite une observation intéressante d'une dent atteinte de pyorrhée manifestement caractérisée, qu'il fut obligé d'arracher. Après avoir gratté la racine pour enlever toute espèce de dépôt calcique, il réimplanta la dent, qui reprit très facilement. Il remarqua ensuite que la pyorrhée alvéolaire s'étendait à toutes les autres dents, sauf à celle réimplantée. D'où il conclut que l'affection réside d'abord dans le périodonte et qu'avec la destruction de cette membrane nous guérissons la maladie.

M. Jarvie, de Brooklyn. — Dans mes études et observations cliniques je me suis toujours attaché à la recherche de la cause, convaincu que, cette cause une fois trouvée, le traitement en serait singulièrement facilité et efficace. Dans le résumé qu'a fait le Dr Harlan de tout ce que les auteurs contemporains ont écrit sur la pyorrhée, j'ai constaté que sur le terrain étiologique ils étaient très divisés. L'un dit que l'hérédité joue un grand rôle, l'autre dit qu'elle n'y est pour rien; tandis qu'un troisième dit que c'est simplement un trouble local, un quatrième en recherche la cause dans les troubles généraux. Je ne suis pas très convaincu de l'observation que faisait tout à

l'heure le Dr Shepard concernant la guérison et même la possibilité d'éviter la maladie par des soins très minutieux. Je dois avouer que bien souvent j'ai été impuissant à guérir des dents ébranlées.

M. Rhein cite une observation afin de prouver qu'une pyorrhée alvéolaire qui est simplement la manifestation d'une maladie organique grave et incurable est plus apte à résister à toute tentative de traitement.

M. Harlan constate que dans la discussion qui vient d'avoir lieu on n'a pas dit un mot du traitement. Lui avait d'ailleurs évité d'en parler dans son résumé, car dans le travail de M. Nash il n'en était pas question ou du moins que très peu.

Il se demande s'il n'y aurait pas un microbe spécifique de cette maladie.

II. — NOUVEL APPAREIL POUR OBTENIR LE PARALLÉLISME DES PIVOTS, DANS LES COURONNES ET LE TRAVAIL A PONT. *(Dental Cosmos.)*

M. Wallace a présenté à l'*Association Dentaire du Maryland* un appareil très simple et très ingénieux pour obtenir le parallélisme des pivots. Il reconnaît lui-même qu'en raison de la difficulté du problème les moyens dont on se sert couramment sont plutôt des trucs souvent très ingénieux que de véritables appareils. Un certain nombre de ces derniers ont été présentés aux diverses Sociétés dentaires[1] et n'ont jamais eu la sanction de la pratique parmi les dentistes.

Cependant, lorsqu'il s'agit de poser un bridge sur des racines dont on veut se servir pour la rétention, il est bien rare qu'on ait des canaux parallèles.

Le bridge, pour être applicable, doit avoir des pivots parallèles entrant dans des canaux parallèles.

Pour être solide et durable il doit être fait avec un métal précieux.

Pour être retenu convenablement il est nécessaire que les pivots métalliques, cupules et bandes, viennent en contact direct avec du tissu dentaire sain, sur tout le parcours du canal et sur les bords de la racine pour empêcher tout ballottement.

Pour être amovible n'employer aucune substance plastique d'une grande dureté dans la fixation.

M. Wallace donne ensuite les raisons pour lesquelles un bridge doit pouvoir s'enlever :

1° Pour le nettoyage de l'appareil deux fois par an, y compris le repolissage ;

2° Pour permettre aux racines de se reposer ;

3° A cause des accidents inévitables qui peuvent arriver ; dans les réparations ;

---

1. Rappelons que MM. Godon, Richard-Chauvin et Prevel ont présenté chacun à la Société d'odontologie des appareils très simples et très pratiques pour obtenir le parallélisme des pivots. N. D. L. R.

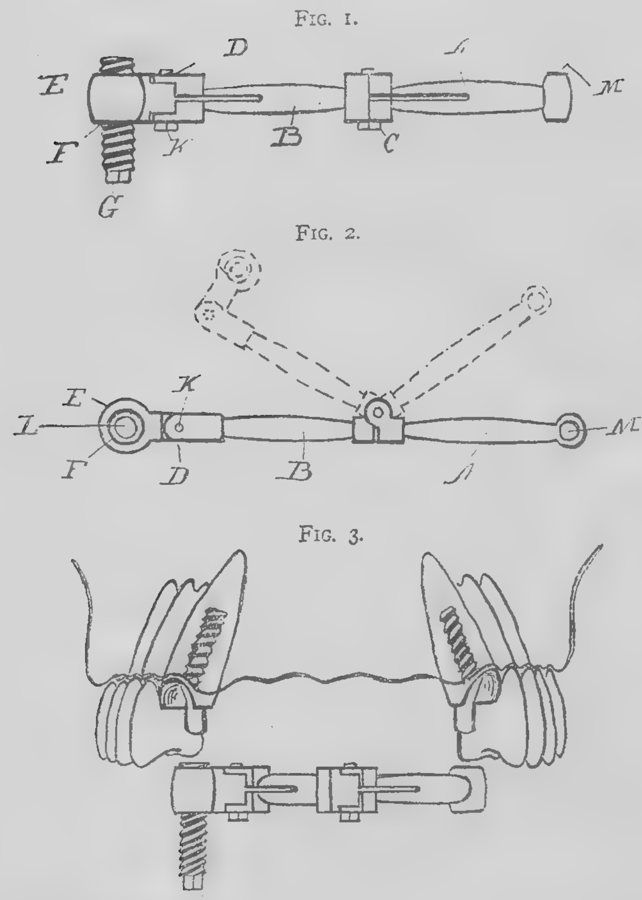


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

4° pour l'hygiène :

Le but de l'appareil est l'élargissement et la correction avec exactitude du non-parallélisme des pivots.

La figure 1 montre l'appareil vu en arrière du côté desarticulations.

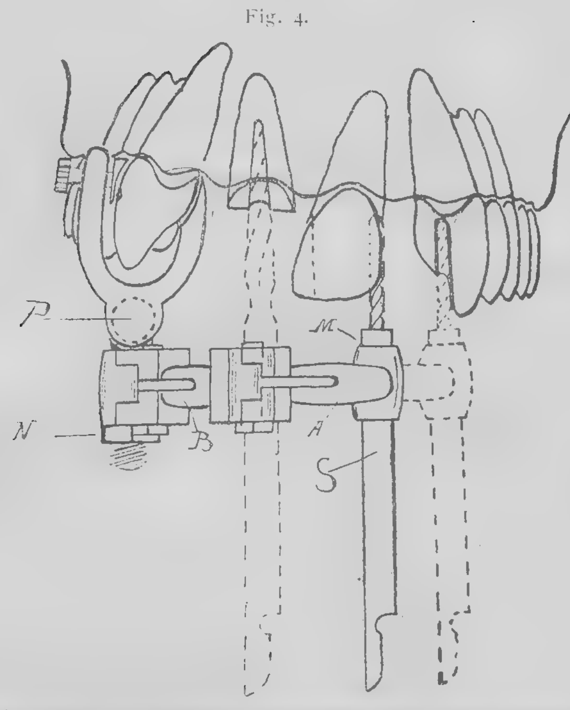
La figure 2 fait voir l'appareil sur une autre face et dans une autre position par le pointillé.

La figure 3 est une vue de l'appareil dans son mode d'application.

La figure 4 repré ente une disposition servant à paralléliser les canaux quand cela est nécessaire, ou à perforer les côtés de couronnes naturelles pour soutenir l'application d'une couronne artificielle.

Dans ce cas la vis de maintien est ajustée aux dents voisines et l'articulation P permet d'obtenir l'angle qu'on désire et qu'on fixe au

Fig. 4.



moyen de la vis N. Le foret S peut être passé dans l'orifice M ; les bras A et B tournent dans tous les sens.

A et B représentent les deux bras de l'appareil parfaitement droits, qui sont réunis comme on le voit dans la figure 1 en C. Cette articulation est faite de telle façon que les deux bras ne peuvent se mouvoir qu'en ligne droite et dans une seule direction. Le bras B a une articulation D et le petit bras E est percé d'un trou F, muni d'un pas de vis — dans lequel passe une vis G, qui est creuse dans son centre L. — Les différentes parties articulées seront donc toujours parallèles entre elles, quelques mouvements qu'on leur fasse faire.

Les bras A et B sont fendus horizontalement pour donner une certaine élasticité à l'articulation, bien que celle-ci soit fixée par les deux écrous C et K.

M. Wallace, après avoir décrit son appareil, indique la façon dont on doit s'en servir. A cet effet il prend un cas de bridge et décrit longuement les différentes phases de l'opération.

La place nous manque pour entreprendre d'en décrire ainsi qu'il le fait le fonctionnement dans tous ses détails. Les figures que nous mettons sous les yeux du lecteur lui suffiront je pense, à cet égard.

CH. WEBER.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE *L'ODONTOLOGIE*

LETTRE A PROPOS DU CONGRÈS SUISSE.

Par M. A. Thioly-Regard D. E. D. P.

La Société odontologique suisse a tenu à Genève, les 5, 6 et 7 mai, sa xve assemblée annuelle, et cette réunion a été l'occasion d'une superbe manifestation professionnelle tant au point de vue du nombre des participants que de la valeur des travaux présentés.

Il est d'autant plus réjouissant de constater le succès du Congrès de Genève que certaines prévisions pessimistes avaient été émises à son sujet et que, parmi les prétextes invoqués, beaucoup paraissaient convaincants — position excentrique de Genève, jeunesse et manque d'autorité du nouveau Comité, date relativement prochaine du Congrès dentaire international de Paris — et devaient être autant de causes d'abstention de la part des sociétaires. Or, il est permis de prétendre que la réunion suisse de 1900 pourra compter parmi celles qui, à tous égards, ont laissé une impression des plus favorables.

Les séances ont eu lieu dans la grande salle de l'Institut du Bâtiment électoral.

Dans la séance administrative, ouverte le samedi après-midi, les différents rapports présentés sont venus confirmer la situation prospère de la Société, qui compte actuellement 146 membres.

Dans son rapport général le sympathique et actif président, M. le Dr T. Frick, de Zurich, à l'occasion de la fin du xixe siècle, passe en revue les méthodes appliquées et les progrès accomplis au cours du siècle écoulé, et il faut reconnaître que la longue nomenclature explicative des découvertes et des procédés successivement proposés et introduits démontre de la façon la plus certaine que notre profession doit être considérée comme une de celles qui peuvent s'enorgueillir à juste titre du chemin parcouru.

Le comité sortant a été réélu sans changement : M. le Dr T. Frick, de Zurich, reste président et M. le Dr P. Guye, de Genève, vice-président.

Sur la proposition de M. Louis Guillermin, président de la Société odontologique de Genève, M. le Dr Prof. H. J. Billeter, de Zurich, qui pendant treize ans a dirigé la Société suisse et qui, par sa valeur scientifique, son talent et ses brillantes qualités personnelles, a puissament contribué au développement de cette association, est acclamé Président d'honneur.

Sur la proposition de M. Faesch, il est décidé que la prochaine réunion se tiendra en 1901 à Bâle.

Le soir même, à 8 h. 1/2, les congressistes assistaient à une soirée

musicale et littéraire organisée dans les salons Bohrer, avec le gracieux concours de M. et de Mme Ketten, professeurs au Conservatoire de Genève, de Mlle C. Ketten et de Mme G. Andina, cantatrices, de M. Milleret, ténor, de M. Magnin, comique, et d'un groupe de dentistes-amateurs.

Le dimanche matin 6 mai, à 9 heures, la série des démonstrations et des travaux débute par la lecture d'une communication de *M. Thioly-Regard,* concernant l'hygiène du dentiste dans ses rapports avec les yeux, les poumons et le système musculo-nerveux.

M. le Dr G. Stoppany, de Zurich, fait ensuite une très intéressante conférence sur la prothèse immédiate des maxillaires. Il rend d'abord hommage à M. le Dr Martin, de Lyon qui, le premier, a osé faire de la prothèse immédiate en plaçant tout de suite un appareil après une opération chirurgicale dans le but d'éviter la déformation des tissus et des cicatrisations défectueuses que l'on ne parvenait pas à corriger par la pose tardive d'un appareil. Mais la prothèse Martin est en caoutchouc, elle est volumineuse, elle s'applique d'une façon trop directe sur les tissus cicatriciels, et, malgré les moyens ingénieux (canaux d'irrigation) destinés à faciliter le nettoyage elle ne permet pas d'obtenir une antisepsie suffisante.

Ce dernier inconvénient incompatible, avec les exigences de la chirurgie moderne, a été la cause de notables modifications apportées dans ce genre de prothèse par M. le professeur Partsch, de Breslau et par M. le Dr Stoppany lui-même. Il décrit le système qu'il applique en collaboration avec le Dr Krönlein, pour la prothèse immédiate et qui consiste à utiliser de l'aluminium en plaque estampé en forme de gouttière répondant à la forme et au volume antérieur du maxillaire à remplacer. Au lieu de faire la fixation sur l'os à l'aide de petites vis, M. Stoppany recommande d'employer du fil de platine dont les extrémités sont simplement recourbées. Des trous perforés sur la surface de la gouttière permettent l'écoulement de la sécrétion buccale. A la partie interne de la gouttière, on place de la gaze iodoformée que l'on change tous les jours ou plus souvent encore, en ayant soin d'injecter avec une seringue à ballon une solution antiseptique pour laver la gouttière.

M. Stoppany fait circuler plusieurs de ces appareils en aluminium estampé, de même qu'un certain nombre de gravures se rapportant à ces cas. Il faut encore ajouter que ces gouttières ne sont que provisoires et posées en attendant la cicatrisation des tissus ; au bout de deux ou trois semaines ils peuvent déjà être remplacés par un appareil définitif.

M. L. Guillermin, de Genève, donne lecture d'une remarquable étude sur les dentifrices ; il déclare se rattacher à la nouvelle école qui n'accepte pas que des substances antiseptiques trop puissantes

soient ordonnées comme gargarismes buccaux et ne tolère l'usage d'un élixir franchement antiseptique que si l'examen du milieu buccal fait découvrir des microbes pathogènes ; autrement pour les soins hygiéniques journaliers de la bouche un dentifrice tonique est suffisant. Il préconise l'emploi du papier tournesol pour découvrir l'état acide de la bouche, car il faut accepter l'axiome : pas d'acide, pas de carie. Il énumère la quantité considérable d'éléments organiques contenus dans le mucus buccal : cellules épithéliales, globules blancs, globules rouges, leucocythes, leptothrix, etc., et il se croit autorisé à conclure que la théorie de Metchnikoff se trouve réalisée contre l'infection de la bouche, la phagocytose buccale existant réellement.

M. A. Brodtbeck, de Frauenfeld, fait une très captivante plaidoirie en faveur de la dent à pivot moderne et des couronnes d'or. Il s'élève en premier lieu contre la prothèse en vulcanite et les travaux bon marché, il ne croit pas que la pratique de l'art dentaire doive uniquement se baser sur le gain, mais il prétend au contraire que le temps et la peine doivent passer à l'arrière-plan en face du bien-être et de la satisfaction du client.

Il présente une quantité de spécimens de dents à pivots, couronnes d'or, couronnes d'émail fixées dans la racine à l'aide de pivots, de vis, de clous, de pivots à ressorts, etc.

Il décrit les différentes manières de préparer les racines et il donne la formule de la pâte qu'il introduit comme substance obturatrice antiseptique, et désinfectante :

Liquide.		Poudre.	
Rp. Tricrésol	20,00	Oxyde de zinc	20,00
Formol	2,00	Sulfate de zinc	5,00
Faire dissoudre dans esprit-de-vin 96 degrés	5,00	Carmin	0,20
ajouter			
Essence de girofle } ãã	3,00		
Essence de gaulthéria }			

Depuis trois ans qu'il emploie cette pâte, il n'a pas éprouvé d'insuccès et ne peut que chaudement la recommander.

* * *

Le temps a tellement vite passé à l'audition de ces travaux que midi a déjà sonné depuis quelques minutes lorsque la séance est levée ; chacun se dirige donc avec hâte vers l'hôtel de la Métropole où doit être servi le banquet officiel.

Au dessert M. le Dr Frick et M. L. Guillermin prononcent deux discours empreints de sentiments de patriotisme et de confraternité très noblement exprimés.

Un télégramme de Paris envoyé par M. le Dr Sauvez lequel, au nom du Comité d'organisation du Congrès Dentaire International de Paris, adresse ses salutations aux dentistes suisses réunis à

Genève fournit le motif au président M. Frick de recommander et de souhaiter une nombreuse participation à ce Congrès.

Le banquet terminé, les congressistes suivent la route qui borde la rive gauche du lac pour arriver au Parc des Eaux-Vives où, ce dimanche-là, des courses de chevaux étaient organisées avec le concours d'un corps de musique militaire.

La plupart se rencontraient encore au cours de la soirée, dans les salons et la salle de spectacle du nouveau théâtre du Kursaal.

* * *

Le lundi matin à 9 heures, M. le *Dr Guye*, de Genève, ouvre la séance en présentant un magistral travail sur la radiographie et son utilisation pratique appliquée à l'art dentaire.

Il débute par une courte notice historique sur l'importante découverte des rayons Roentgen et rappelle les nombreux travaux des physiciens qui ont apporté d'heureux perfectionnements dans la technique de la radioscopie, puis il fait part des différentes améliorations réalisées par Radiguet, Abel Buguet, Victor Chabaud, Izambard, Carpentier et Armagnat, etc. ; enfin il insiste spécialement sur l'usage actuel de la bobine de Ruhmkorff en combinaison avec l'interrupteur du Dr A. Wehnelt de Charlottenbourg, lequel, à l'aide d'une disposition extrêmement simple, permet d'établir un interrupteur automatique des plus perfectionnés donnant de 1700 à 3000 interruptions à la seconde, ce qui donne de l'instantané.

Il fournit d'excellents conseils sur les accidents à éviter, sur la manière de fixer la tête du sujet, sur la place que doit occuper l'ampoule de Crookes, sur le temps de pose, etc. Enfin il fait passer sous les yeux quelques positifs démontrant la valeur des rayons X, lorsqu'il s'agit de déterminer la position d'une dent en évolution, en retard d'éruption, de racines cassées retenues dans les maxillaires, des rapports des molaires avec les sinus, etc., etc.

M. le Dr A. Gysi, de Zurich, après avoir théoriquement démontré l'utilité de la microscopie dans la pratique de l'art dentaire et avoir exposé ses procédés d'application pour examiner avec grossissements microscopiques les détails de la carie dentaire, des canalicules de la dentine, des tissus de la dent, le contenu de l'eau et de la salive, donne son opinion sur la sensibilité de la dentine dans la carie du second degré, qui proviendrait, selon lui, de la transmission de la douleur par suite de la pression exercée sur les canicules de la dentine par les parties liquides, les produits de décomposition et les germes contenus dans la carie de la dent.

Il soumet à l'examen microscopique une collection de 12 préparations du plus haut intérêt, d'une netteté prodigieuse permettant d'observer une colonie de leptothrix buccalis — une chambre pulpaire remplie de cristaux de dentine secondaire — la pénétration de

prismes d'émail dans la dentine — de nombreuses coupes de dents cariées,— d'obturations mal terminées au collet de la dent, etc., etc...

M. le Dr E. Müller, de Wädensweil, révèle un certain nombre de petits procédés professionnels parmi lesquels il y a lieu de remarquer la manière de maintenir les pièces de prothèse au moyen d'attelles métalliques antérieures qui s'appliquent de chaque côté sur le haut des gencives, ces attelles étant recouvertes par des fragments de tubes de caoutchouc élastique.

Il indique plusieurs moyens pour placer et tenir en position le coffer-dam.

Il exhibe également un beau et grand choix de pièces partielles, d'appareils complets, de couronnes d'or, de travaux à pont maintenus avec pivots à ressort, demi-couronnes, coulisses élastiques, dont le fini et les détails de combinaison prouvent encore une fois son esprit inventif.

M. le Dr Prof. A. Reverdin, de Genève, présente une jeune fille âgée de 19 ans dont le visage est complètement déformé par suite d'une grave atteinte de noma, survenue secondairement après un accès de fièvre typhoïde. La gangrène a gagné la joue gauche, les lèvres et le maxillaire inférieur, qui a dû être réséqué. Une portion de la lèvre inférieure droite s'étant détachée au niveau du sillon gingival est soudée au bord de la lèvre supérieure, laissant ainsi un orifice latéro-inférieur par lequel sort la langue et s'écoule la salive.

Après quelques notions générales sur cette affection gangréneuse, l'éminent chirurgien rend compte du traitement opératoire qu'il a entrepris et indique la série des greffes plastiques qu'il se propose de tenter pour arriver, avec le secours d'un appareil de prothèse, à rendre normal l'aspect de la physionomie.

Il aborde également la question de l'anesthésie générale ; il se déclare partisan de l'éthérisation préférablement à la chloroformisation, d'autant plus que l'odeur pénétrante et l'action irritante des vapeurs d'éther sur la muqueuse nasale peuvent être évitées en mettant à profit la tolérance de la muqueuse buccale.

En effet, il a été un des premiers avec le Dr Guérin à faire inhaler l'éther par la bouche, en pinçant le nez. Antérieurement il avait proposé un ouvre-bouche qui prenait son point d'appui sur le maxillaire inférieur. C'était un inconvénient, la branche mentonnière était gênante, elle dépassait le menton, le masque ne pouvait pas être correctement appliqué. Actuellement l'ouvre-bouche modifié est fixé à l'aide d'une branche dentelée s'engrenant avec une partie frontale maintenue au moyen d'un bandeau serrant à boucle autour de la partie supérieure de la tête. Il assure qu'avec la méthode de l'éthérisation par la bouche les accidents de syncope naso-laryngo-réflexe seront presque supprimés. Pour convaincre davantage son

auditoire de l'importance des sensations différentielles des muqueuses nasales et buccales, le savant professeur se sert d'une comparaison qui peut paraître peu académique, mais qui par contre est juste, en disant : « avalez un verre de cognac par la bouche, cela n'a rien de désagréable, mais ingurgitez-le par le nez et vous m'en direz des nouvelles. »

Il présente un résumé de ses travaux et de ses innovations pratiques, parmi lesquels il y a lieu de retenir la manière ingénieuse de restreindre les débats des sujets qui cherchent à se défendre ou à arracher le masque pendant la période d'excitation due à l'éther inspiré, en attachant tout simplement les poignets à l'aide de fortes chevillières solidement cousues à une large bande de toile qui passe en arrière de la ceinture.

M. le Dr C. Heydenhauss, de Berlin, fait un exposé de deux cas où il a utilisé la combinaison d'anneaux, de couronnes d'or, de demi-couronnes et de travaux à pont pour consolider des dents antérieures fortement ébranlées et dont les porteurs ne consentaient pas à faire le sacrifice. Il montre la reproduction de ces deux cas qui ont donné pleine satisfaction comme résultat obtenu. Le procédé consiste à emboîter chaque dent chancelante au moyen d'une coiffe d'or recouvrant complètement la partie postérieure ou linguale de la dent, mais évidée sur la partie antérieure ou labiale, l'or dépassant légèrement le collet ; les dents absentes sont remplacées par des dents artificielles plaquées et le tout est réuni par un pont.

M. Bujard, de Montreux, a envoyé l'empreinte d'une mâchoire supérieure montrant une anomalie de nombre et de position ; les deux incisives centrales temporaires dont il avait fait l'extraction ont été remplacées par deux dents surnuméraires et l'incisive centrale gauche permanente est placée en avant et en dehors de l'arcade dentaire.

M. le Dr C. Bollens, de Lausanne, présente un odontome très volumineux développé à la partie postérieure du maxillaire inférieur droit, et dont l'extraction, faite avec succès, prévint toute complication.

M. F. Nagy, qui a souvent eu l'occasion, dans ses recherches pour la préparation des ors cristallisés, de s'occuper de la question des essais et de l'affinage de l'or, fait part de ses expériences ; il explique le procédé de la coupellation et de l'analyse quantitative et il termine en parlant de la séparation des métaux précieux en art dentaire par la voie chimique.

*
* *

A une heure, le banquet d'adieu rassemblait une dernière fois à l'hôtel des Bergues les dentistes suisses, qui avant de se séparer sont encore invités par M. L. Guillermin, président du Comité National Suisse, à se rencontrer du 8 au 14 août prochain au Congrès Dentaire International de Paris.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

Dans une petite notice relative au Congrès dentaire international publiée par le numéro de mai de la Revue de Stomatologie *sous la signature du Dr Cruet, on lit ce qui suit :*

« Ne vaudrait-il pas mieux avouer tout simplement qu'il n'y a pas, qu'il ne doit pas y avoir de distinction entre le dentiste et le stomatologiste et que les deux termes doivent être certainement unis et confondus puisque l'un et l'autre sont en définitive obligés de se réclamer de la science ? »

Le discours de notre collaborateur et éminent confrère le Dr Martin, de Lyon, que nous publions ci-après, dont nous ne partageons pas sur tous les points la manière de voir, arrive à propos pour répondre victorieusement que la stomatologie et l'odontologie sont deux choses bien distinctes, quoi qu'en pense le Dr Cruet.

L'ART DENTAIRE ET LA STOMATOLOGIE

Allocution prononcée à l'assemblée générale de l'Association des Dentistes du Rhône, le 28 avril 1900,

Par M. le Dr Claude Martin.

Messieurs,

Pour ne pas abuser de vos instants, je vais entrer directement dans la discussion de nos intérêts professionnels supérieurs ; aussi permettez-moi, pour la dernière fois, de revenir sur un sujet qui a soulevé déjà de nombreuses controverses et d'ardentes polémiques. J'aurais désiré que cette lutte fût close, mais je ne puis m'empêcher de vous signaler certaines tendances que je crois fâcheuses pour l'avenir de notre profession.

Parmi ces tendances, je mets au premier rang celles qui veulent entraîner les chirurgiens-dentistes en dehors de leur domaine et sur un terrain où le type d'enseignement actuel leur permet difficilement de se maintenir. Certains de nos confrères, je ne dirai pas cherchent à confondre, mais confondent réellement l'art dentaire avec la stomatologie, et c'est là une erreur contre laquelle je crois devoir m'élever. Cette distinction peut paraître subtile au point de vue théorique, mais dans la pratique professionnelle elle existe en fait et ne peut être contestée.

Non, l'odontologie n'est pas la stomatologie, elle n'en est qu'une branche et ne peut pas plus être confondue avec elle qu'une partie ne peut-être identifiée à un tout. L'odontologie n'est pas plus la stomatologie que celle-ci n'est la médecine. La chirurgie dentaire ne s'adresse qu'à des lésions d'organes de nature identique et faisant partie d'un même appareil. La stomatologie, au contraire, englobe des lésions de tissus et d'organes fort disparates, dont le seul lien, tout artificiel, est de siéger dans la bouche.

Or, peut-on admettre en pratique que des maladies telles que la grenouillette sublinguale, le cancer de la langue, les calculs salivaires, la stomatite gangréneuse, soient de la compétence du chirurgien-dentiste? Il serait absurde de le soutenir; ce sont des lésions purement médicales ou chirurgicales et qui, de ce chef, relèvent du médecin et du chirurgien.

Mais, pour mieux accentuer cette distinction, permettez-moi de vous montrer comment, à mon avis, a pu s'établir entre ces deux sciences une semblable confusion.

Il fut un temps, peu éloigné de nous encore, où les dentistes se formaient uniquement par l'apprentissage ; ils ne différaient point en cela des autres ouvriers d'art, et leurs études théoriques étaient, certes, bien rudimentaires. Cependant, grâce au travail de chacun, notre patrimoine grossit peu à peu, se transmettant de génération en génération, s'augmentant à chacune d'elles. Malgré cela, le mode de recrutement ne changeait guère, pas plus que le milieu social où il se faisait.

Le jour où les médecins trouvèrent dans la dentisterie une spécialité que leur titre permettait de pratiquer avec un certain relief, la situation se trouva changée et un double courant s'établit.

Les uns, partis d'en bas, n'ayant d'autre école que l'atelier et le cabinet du patron, acquéraient jour par jour et par lambeaux les diverses parties de leur art, sans enseignement didactique ; ils étaient ainsi obligés, pendant de longues années, de travailler, sous la tutelle du maître, à acquérir l'instruction nécessaire pour pouvoir, comme on dit en langage d'apprenti, s'installer à leur compte. A eux de compléter leurs connaissances théoriques dans le livre ou le manuel.

Dieu sait ce que ces longues années, dix et plus souvent quinze ans, comportaient de travail pour que le pauvre apprenti pût parvenir, à la force des coudes, à s'élever au rang du praticien. L'étude de l'anatomie et de la pathologie dentaires était ardue pour lui qui manquait souvent d'une solide instruction primaire et auquel des loisirs de l'atelier ne permettaient guère de longues lectures. Aussi se confinait-il plus tard dans la pratique de ce qu'il avait appris, c'est-à-dire dans les soins à donner aux dents. Tout au plus connaissait-il

les complications fréquentes et immédiates des altérations dentaires, telles que la gingivite, la périostite. Le dentiste, par définition même, était celui qui soigne les dents, les enlève et les remplace.

Les autres, au contraire, entrant de plain-pied dans notre profession de par leur titre de docteur, purent rapidement, grâce à leur instruction supérieure et avec quelques études complémentaires, approfondir ce petit coin du domaine de la médecine que constituent les maladies de la bouche, et dont ils considéraient les maladies des dents comme une simple fraction.

Leur attention ne se limita pas aux maladies de l'appareil dentaire : ils surent reconnaître l'origine de bien des lésions que les dentistes négligeaient parce qu'ils en méconnaissaient la nature et aussi parce qu'elles étaient, à leur sens, du ressort de la médecine.

Ils observèrent, d'autre part, les lésions buccales d'origine non dentaire, que les examens cliniques journaliers leur mettaient sous les yeux, ils les étudièrent, les traitèrent et créèrent ainsi la stomatologie.

Le médecin spécialisé en odontologie relia ainsi des faits qui paraissaient isolés et indépendants, d'une part pour le dentiste ne voyant que la lésion dentaire, et d'autre part pour le médecin, non initié aux détails de cette pathologie spéciale, et dont l'attention se fixait surtout sur les maladies générales ou les diathèses.

Or, remarquez-le bien, le stomatologiste ainsi compris est un médecin qui pratique l'art dentaire, mais ce sont deux choses juxtaposées et non confondues.

L'odontologie se limite aux lésions des dents et à leurs complications les plus proches, ainsi qu'à la prothèse que, grâce à ses connaissances techniques, le dentiste peut le plus convenablement appliquer.

L'influence des médecins spécialisés en odontologie s'est si nettement fait sentir et la confusion s'est accentuée à tel point que, lors de la réglementation de l'exercice de notre profession, une grande partie des connaissances médicales théoriques ont été incorporées dans le programme des examens de chirurgien-dentiste.

Or, j'estime que les études médicales doivent être complètes : la médecine forme un tout dont on ne peut rien distraire sans créer des lacunes profondes et aboutir à former des praticiens insuffisamment instruits. Rien n'est aussi dangereux en médecine qu'une moitié de savant qui peut passer à côté de lésions importantes sans en reconnaître la gravité.

Ce sont ces raisons qui, par exemple, m'ont fait dire jadis qu'il eût mieux valu laisser aux médecins la pratique de l'anesthésie générale Celle-ci exige, en effet, pour être sans danger, la possibilité de diagnostisquer les maladies du cœur et du poumon et d'en tirer parfoi

des contre-indications. Croyez-vous sincèrement que la plupart des élèves sortant de nos écoles aient une instruction clinique suffisante pour porter un tel diagnostic ?

Un stomatologiste éminent, le Dr Cruet, dans une étude récente, a proposé, pour combler ce qu'il croit être une lacune dans l'enseignement dentaire, d'obliger les étudiants dentistes à fréquenter les services de clinique médico-chirurgicale pendant leurs trois années d'études. C'est glisser ainsi sur la pente dangereuse de l'enseignement tronqué et incomplet. En effet : ou bien, pour suivre ces services avec fruit, il leur sera nécessaire de faire quelques études théoriques préalables; il leur faudra alors une somme de travail presque égale à celle des étudiants en médecine; ils auront la peine sans avoir le profit du titre de docteur ; ou bien ils négligeront ces études préalables, et leur stage clinique a bien des chances de se réduire à une simple promenade matinale dans les services, sans réel profit pour eux.

Or, en médecine, je le répète, il faut tout ou rien : ou le doctorat complet, ou les études médicales réduites à leur strict minimum, à ce qui est absolument indispensable à un dentiste pour exercer sa profession.

Non, la dentisterie n'est pas une spécialité médicale ; si on la considérait comme telle, le spécialiste devrait se contenter d'indiquer les lésions, de poser les indications, comme le font l'oculiste et le chirurgien pour le lunettier et le bandagiste.

Mais il y a une différence, c'est que ceux-ci ne font pas les opérations préparatoires, qui, en dentisterie, sont indispensables.

Il est à peine besoin de dire combien l'art, mis au service de la science ou plutôt allié à elle, pourrait être fécond s'il était toujours possible. Supposez un chirurgien, par exemple, qui serait capable de construire lui-même les bandages appropriés aux malades qu'il soigne ; concevez-vous quelle supériorité il aurait sur les ouvriers auxquels est confiée cette fabrication ? Combien la juste conception des indications faciliterait un travail qui nécessite le plus souvent de nombreux tâtonnements, d'innombrables retouches dont l'ouvrier ne comprend pas et ne peut concevoir l'importance pratique ! Mais la chirurgie générale est un champ trop vaste pour qu'une telle alliance soit possible. La chirurgie dentaire, grâce à son cadre plus restreint, permet au contraire au praticien de réaliser matériellement ce qu'il a conçu intellectuellement, et d'accomplir l'œuvre avec la juste notion des indications à remplir. Voilà ce qui, en réalité, fait notre force et notre utilité. C'est précisément cette union intime de l'art et de la science qui fait notre raison d'être, et si le dentiste n'existait pas, il faudrait le créer, car il répond à un besoin réel.

N'oublions pas notre rôle : nous ne nous bornons pas au diagnostic

des maladies dentaires, mais nous les pansons, nous les opérons nous-mêmes, nous prenons nous-mêmes les empreintes; nous devons veiller, si nous ne les faisons nous-mêmes, à la confection des appareils; c'est à nous à les essayer et à les corriger. C'est dire l'importance de la technique dans notre profession. Prenons garde d'en être détournés, et n'oublions pas non plus que nos collègues de l'étranger sont avant tout des techniciens.

Quant aux stomatologistes, ils font bien de garder ce nom, et ils sont tout à fait dans leur rôle quand ils proclament pour leur profession la nécessité du doctorat. Mais cette profession n'est pas la nôtre, et quand ils veulent l'assimiler à l'art dentaire, ils s'éloignent tout à fait de la question.

C'est certainement parce qu'ils n'avaient pas compris que l'art dentaire n'est pas la stomatologie, que Magitot et son école ont été si rebelles à la création d'un diplôme spécial, exigeant des connaissances si différentes de la médecine, qu'il est difficile de comprendre qu'on n'ait pas astreint les médecins à subir les examens nécessaires pour l'obtenir.

Si, comme le disait le professeur Brouardel, on cherche, dans les études médicales, à donner aux étudiants des connaissances suffisantes pour ne pas nuire, nous devons faire mieux que cela pour nos élèves : il ne faut pas nous contenter de les rendre inoffensifs, mais il faut les mettre à même de rendre des services. Aussi devrions-nous chercher surtout à faire, non des savants, mais de bons praticiens.

Et je ne puis m'empêcher, à ce propos, de rappeler une parole de M. Favon, chef du département de l'instruction publique du canton de Genève, parce qu'elle me paraît la juste expression des tendances actuelles. « Aujourd'hui, disait-il, les étudiants cherchent à apprendre un métier, plutôt qu'à acquérir une forte culture scientifique. »

Cette parole exprime, bien entendu, les tendances de la majorité, car le domaine de la science pure restera toujours aux mains d'une élite. Celle-ci, malheureusement, ne tient pas toujours compte des aspirations et des besoins du plus grand nombre. Magitot en fut un exemple, et c'est grâce à sa résistance et aux divisions dont celle-ci fut l'origine qu'on a pu faire échouer le projet de l'enseignement dentaire par l'État. Cette résistance elle-même venait de ce qu'il ne concevait pas la différence essentielle qui sépare la stomatologie de l'art dentaire, et cette conception l'avait conduit à vouloir que tous les dentistes fussent docteurs en médecine.

Cependant, dans une conversation que j'eus avec lui pendant la dernière ou avant-dernière année de sa vie, il s'était rendu à mes arguments. Je lui démontrai que toutes les maladies de la bouche étaient et devaient rester du domaine de la médecine, les maladies

des dents et leur remplacement devant appartenir sans conteste au dentiste. Il me dit alors qu'il était trop tard pour revenir sur ce qui avait été fait.

Et c'est ainsi qu'au lieu de parvenir d'emblée à donner à l'enseignement de l'art dentaire sa forme la plus élevée et correspondant le mieux à nos besoins et à nos aspirations, nous n'avons fait qu'une réforme hybride, nous n'avons obtenu de l'État qu'un bien faible patronage, dont les avantages, dans la forme actuelle, sont tout au moins discutables.

Certes, si l'on regarde le côté lucratif de notre profession, il nous a mis, pour le moment du moins, à l'abri de la concurrence étrangère. Mais au point de vue élevé de la question, la loi de réglementation a, en quelque sorte, détruit ce stimulant d'où était sorti le mouvement de 1880. Elle l'a paralysé, semble-t-il, d'une façon définitive, sans tenir compte de nos efforts incessants vers le mieux, sans que ses auteurs aient daigné se rappeler qu'une des plus belles conquêtes humanitaires des temps modernes, l'anesthésie, est l'œuvre de l'un des nôtres. Elle nous maintient à l'arrière-plan des carrières libérales, comme si nous étions indignes d'aller plus loin. Notre art est-il donc si inférieur que l'État s'en désintéresse ? Il a bien créé des écoles des beaux-arts, des arts industriels, des arts décoratifs, des arts et métiers.

On a dit que l'État a toujours été et sera toujours impropre à donner un enseignement technique complet. Que fait-on donc alors dans les écoles que je viens de citer ? Que fait-on dans les écoles d'arts et métiers, dans les écoles professionnelles de l'État ? Il ne suffit pas d'avancer une semblable affirmation, il faut la démontrer, et ne pas se borner à dire que cela ne peut pas se faire parce que cela ne s'est jamais fait. L'art dentaire, lui aussi, a droit à quelque sollicitude, et l'État a le devoir d'exiger du corps enseignant les mêmes garanties que pour les autres écoles d'art.

Ces garanties ne peuvent être données que par un choix judicieux des professeurs, et celui-ci ne peut être rationnellement établi que par le concours. Tel praticien, doué de qualités professionnelles de premier ordre, ne peut, du jour au lendemain, se transformer en professeur. L'enseignement, les qualités naturelles mises à part, exige de ceux qui sont chargés de le donner un entraînement préalable, une éducation spéciale indispensable.

Aussi, du haut en bas de l'échelle universitaire, l'État oblige ceux qui veulent enseigner, à prouver par des examens tels que la licence et l'agrégation, non seulement qu'ils ont les connaissances nécessaires pour cela, mais que leurs qualités d'élocution et d'exposition sont suffisantes.

Or, où sont-elles chez nous, ces garanties ? Où trouve-t-on le

rigoureux contrôle que l'État exerce sur ceux auxquels il a confié le soin d'enseigner ?

Ces qualités professorales doivent être exigées, non seulement des titulaires des cours théoriques, mais aussi de ceux qui sont chargés de l'éducation technique. On a prétendu que celle-ci pouvait être donnée n'importe où, par n'importe qui, mieux et plus utilement que dans les écoles officielles. Voilà un étrange paradoxe qui équivaut presque à dire que toute garantie de qualités professorales est illusoire pour l'enseignement technique. Peut-on admettre une semblable affirmation ?

Ce sont ceux-là mêmes qui sont chargés de cette éducation technique qui assument la plus lourde tâche et sont le plus immédiatement responsables de la valeur des soins que leurs élèves donneront plus tard. N'est-ce pas, au contraire, de ces éducateurs techniques que nous devons exiger le plus de garanties ?

Il serait bon aussi que ces études techniques fussent plus longues et que, dans les examens, les juges pussent exercer un contrôle plus rigoureux sur leur valeur. D'autre part, bien des chirurgiens-dentistes peuvent obtenir leur diplôme vers leur vingtième année ; or, combien peut-il en être qui possèdent à cet âge une maturité et une autorité suffisantes pour assumer la lourde responsabilité qui leur incombe dès le jour où ils abordent la pratique professionnelle ?

Je ne reviendrai pas, Messieurs, sur tout ce que j'ai déjà dit sur la réforme de l'enseignement dentaire.

Je tenais à établir que le point capital de cette réforme est la création d'un corps enseignant spécial auquel les Universités peuvent seules donner une autorité suffisante par le choix qu'elles font entre ceux qui aspirent à cet enseignement et le contrôle qu'elles peuvent exercer sur ceux qu'elles ont choisis.

On m'a beaucoup reproché de demander le concours de l'Etat. Je serais heureux de pouvoir m'en affranchir, mais je ne vois pas d'autre moyen d'arriver à élever, autant que je le voudrais, le niveau de notre corps enseignant. Vous avez vu que je propose, pour son recrutement, le choix au concours, analogue à celui que fait en médecine l'agrégation.

Quelle ligne de conduite pourrait-on suivre pour aboutir à cette réforme ?

Le premier point serait d'arrêter cette luxuriante floraison d'écoles à laquelle nous assistons.

Le second, de créer un concours destiné à ceux qui voudront enseigner l'art dentaire, et que tous les chirurgiens-dentistes et docteurs en médecine soient admis à y participer. Ce concours, avec un programme dès maintenant élaboré, aurait lieu dans un temps plus ou moins éloigné, trois, quatre, cinq ans, de telle sorte que nos jeunes

confrères qui voudraient aborder la lutte, eussent le temps de s'y préparer et de montrer leur valeur. Ils trouveront plus tard, dans les situations futures réservées aux vainqueurs, une compensation à l'effort préalable, et ils l'auront méritée.

Je souhaite, Messieurs, que cette réforme ne se fasse pas trop attendre. Profitons de ce que les chirurgiens-dentistes sont encore la majorité pour que, dans la juste conception du programme des études et la réforme définitive de l'enseignement, ils aient voix prépondérante et puissent ainsi conserver intactes nos traditions professionnelles et l'unité de notre art.

Je ne voudrais pas, Messieurs, vous laisser sous l'impression que je cherche à créer un antagonisme entre les chirurgiens-dentistes et les stomatologistes. Je tenais simplement à déterminer le rôle de chacun et à ne pas laisser s'établir une confusion que je crois regrettable. Il est loin aussi de ma pensée de vouloir détourner nos élèves des études scientifiques. J'ai voulu seulement lutter contre la prépondérance qu'on tend à leur donner sur les études techniques. Je ne puis que souhaiter au contraire que, lorsqu'ils posséderont celles-ci de façon parfaite, ils cherchent à acquérir le plus possible de connaissances scientifiques pures et deviennent ainsi des praticiens non seulement habiles, mais instruits.

Ce n'est pas pour autre chose que je prêche la réforme de l'enseignement et que je réclame l'appui des Universités, car c'est par elle que nous sauvegarderons notre profession de toute déchéance ; nous avons pris jadis pour exemple les écoles américaines et je vous disais, il y a deux ans, qu'il serait bon de faire mieux qu'elles n'avaient fait. J'étais bon prophète, car voici que les Américains reconnaissent l'inconvénient de la multiplication indéfinie des écoles et cherchent à mettre leur corps enseignant sous le contrôle des Universités.

Nous bornerons-nous toujours à copier servilement l'enseignement étranger ? Nous en sommes aujourd'hui au même point que les Américains il y a cinquante ans; faudra-t-il encore cinquante ans pour que nous reconnaissions l'utilité d'une réforme qui s'impose aujourd'hui à eux ?

Gardons-nous de faire ainsi du progrès à rebours et ne persistons pas dans une voie que l'expérience étrangère nous montre semée d'erreurs et de désillusions.

Peut-être, Messieurs, vous ai-je fatigués par des redites, mais une dernière fois j'ai tenu à affirmer devant vous ce que je crois être le vrai et le juste. Et je songe que j'ai quelque chance d'être dans la vérité, puisque j'ai contre moi le plus grand nombre et des docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes.



CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Dans une dernière séance, le bureau de la Commission d'organisation a constitué un Comité des vœux et résolutions chargé de soumettre au Congrès les vœux émanant de l'initiative collective ou individuelle, après les avoir étudiés. Ce comité, composé du président et des secrétaires de la Commission d'organisation et de délégués des sections, après avoir nommé son bureau, a formé un sous-comité d'études composé de :

MM. Godon, président, Martinier, secrétaire, d'Argent, Dr Queudot, Siffre.

Ce sous-comité, chargé de l'étude préalable des vœux, déposera avant l'ouverture du Congrès son rapport, qui sera publié dans le premier fascicule des compte rendus.

Il rappelle à MM. les présidents des Comités nationaux et de Sections la lettre qui leur a été adressée pour leur demander de faire connaître les vœux qu'ils auraient à formuler et il adresse la même invitation à tous les adhérents.

Le Comité national suédois fait savoir que les bateaux à vapeur faisant le service entre Goteborg et Rouen accorderont une diminution de 10 o/o aux membres du Congrès.

Un certain nombre de confrères de province et de l'étranger nous ont fait part de leurs appréhensions au sujet de la cherté du séjour à Paris pendant l'Exposition et pour la durée du Congrès. Nous croyons utile de les rassurer à ce sujet. Les deux seules questions à considérer sont celles de la nourriture et du logement. Pour la première, les prix n'ont augmenté en aucune façon. Un repas confortable se trouve dans tous les établissements de bouillon (Duval, Boulant, etc.) pour un prix inférieur à 2 francs.

Si, d'autre part, les hôtels ont augmenté leurs prix dans une cer-

taine proportion, il n'en demeure pas moins acquis que les Congressistes pourront trouver des chambres à partir de 3.50 ou 4 francs en s'adressant à nous le plus tôt possible. Nous transmettrons leurs demandes aux divers Comités de réception.

En résumé, le voyageur qui veut vivre à Paris confortablement, mais simplement, peut, à notre avis, borner ses dépenses à 9 francs ou 10 francs par jour.

Le Secrétaire général du Congrès Dentaire International a reçu de M. le Professeur Gariel la lettre suivante qui intéresse nos confrères de l'étranger.

Paris, le 24 juin 1900.

Mon cher confrère,

Vous m'avez demandé, il y a quelque temps, si les Congressistes qui apporteraient de l'étranger des objets à présenter pourraient être dispensés des droits de douane.

Les conditions, pour ce cas, sont les mêmes que pour les exposants. Il faut que le Congressiste fasse une demande au Commissaire général de son pays, en spécifiant qu'il s'agit d'un Congrès, pour expliquer la demande (qui serait tardive et inacceptable s'il s'agissait de l'Exposition); le commissaire et l'administration feront alors le nécessaire.

Mais la franchise ne peut être obtenue que pour les objets expédiés par chemin de fer; elle ne pourrait s'étendre à des objets accompagnant le congressiste comme bagage.

Bien entendu, la réexportation est obligatoire.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Délégué principal pour les Congrès de l'Exposition de 1900,

GARIEL.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Nous découpons l'entrefilet suivant dans La Dépêche de Toulouse *et nous joignons nos félicitations à celles adressées par ce journal à notre distingué confrère de Perpignan.* *E. P.*

Par arrêté de M. le maire, M. Raphaël Vidal est nommé chirurgien-dentiste de l'Assistance publique.

M. Vidal, à qui nous adressons toutes nos félicitations, remplira gracieusement ces fonctions.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900

Dans notre précédent numéro, nous donnions une liste d'expositions concernant l'art dentaire ; nous la complétons aujourd'hui par les indications suivantes :

PALAIS DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS (*Champ de Mars, côté droit*).

Italie.

Rez-de-chaussée.

Dentiste.............. M. Marangani.

Allemagne

1er étage.

Fournisseur........... E. Simonis, Berlin.

France.

Dentiste.............. M. J. Bert, Paris.

Exposition rétrospective. Faculté de médecine de Paris. Ecole de médecine de Rochefort.

PALAIS DES INVALIDES (*côté gauche*).

Rez-de-chaussée

Coutellerie........... Schwob (daviers).

— Collectivité de la Haute-Marne (Pieds de biche et langues de carpe).

Annexe de la bijouterie. Outillage d'atelier.

AVIS.

Les membres de la Société l'Odontologie désireux d'être mis en possession de la carte de membre de cette Société, dont la création a été décidée dans la séance du 5 décembre 1899, pourront retirer cette carte au Secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à dater du lundi 2 juillet prochain.

Le Secrétaire général
de la Societé d'Odontologie de Paris. G. DE MARION.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, } **dans 24 numéros.**
Lignes en sus : 10 fr. la ligne }

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

A. Debraux, professeur, 17, faubourg Montmartre, PARIS.
Institut Médical, 11, rue de Cluny, PARIS.
Directeur du Cours : Docteur **Achille LOMBARD** ✿ ✻.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

C. Ash et fils, 22 rue du Quatre Septembre, PARIS, **TÉLÉPHONE 294.47.**
Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30**
Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELÉPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3. rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils, 55, rue Bichat, PARIS.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON : 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TELÉPHONE 214.47.** 45, r. de la République. Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Vve J. Wirth, 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, successeur, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie,** 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône,** LYON.
Ciment. **Telschow,** chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. { 8, quai de Retz, LYON.
Société chimique des Usines du Rhône. { 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1900.

Abcès de la voûte palatine (Observation clinique sur un), p. 481.
Académie de médecine (Candidature à l'), p. 399.
Accidents du travail (Les), p. 141.
Acide arsénieux (Observation sur un cas de nécrose limitée causée par l'application intempestive de l'), p. 405.
Actinomycose, p. 424.
Adénites et lymphangites cervicofaciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale, p. 124.
Adolphe Dugit, p. 527.
Air comprimé (L'), p. 428.
Alcoolés dentifrices, p. 506.
Allocution de M. le prof. Pozzi, p. 44.
— du président sortant, p. 184.
— — — p. 217, 311.
Amygdale (Calcul de l'), p. 283.
— (Cancer de l'), p. 507.
Andriamifidy, p. 398.
Anesthésie générale par l'éther, p. 285.
— locale, spécialement pour les extractions dentaires (Modification à la technique de l'), p. 287.
— par l'éther (sur l'), p. 510.
Anesthésique local (Emploi du chlorure d'éthyle comme), p. 28.
Angine lacunaire ulcéreuse de Moure, p. 283.
Ankylose alvéolo-dentaire (Présentation d'un cas d'), p. 186.
Anomalies dentaires (Différents cas d'), p. 228.
Antisepsie en chirurgie dentaire (L'), p. 229.
Antiseptique (Un nouvel), p. 466.
Aphtes (Collutoire contre les), p. 231
Appareil Martinier à double traction (Prognathisme du maxillaire supérieur corrigé au moyen de l'), p. 207, 223.
— de contention pour les dents greffées, p. 285.
Appel à prendre part au Congrès dentaire international de 1900, p. 201.
A propos du XIIIe Congrès international de médecine, p. 147.
— — de la guerre du Transvaal, p. 230.
— — — — contre-réclame, p. 243.
— — — conférences, p. 247.
Art dentaire (De la cataphorèse en), p. 135.
— — (Indication et contre-indication du formaldéhyde en), p. 391.
— — (Les rayons Roentgen, leurs effets et leurs applications en), p. 391.
— — (Notice sur l'histoire de l'), p. 399.
— — et la stomatologie, p. 557.
Arthrites alvéolo-dentaires (Essai de classification des), p. 431.
Assistance publique, p. 567.
Association polytechnique des Pyrénées Orientales, p. 194.
— des mécaniciens-dentistes de Lyon et du Sud-Est, p. 297.
Assurance médicale mutuelle de Paris contre la mortalité, p. 143.
Aurification (L'), p. 5, 65, 516.
Aurifications (A propos des), p. 509.

AUTEURS (NOMS D').

ANDRÉ, p. 301.
AUDY, p. 149.
BARRIÉ. p. 365, 459.
CARDON, p. 207, 211.
CHARPENTIER, p. 229, 271, 283, 423, 474.
CHEMIN (Dr), p. 397.
CHOQUET, p. 178, 361.
DE CROES, p. 465.
DE MARION, p. 259, 301, 475.
DOUZILLÉ, p. 473.
ETCHEPAREBORDA (Dr), p. 97.
FRITEAU (Dr), p. 369, 381.
GODON, p. 143, 399.
GROSS, p. 85, 135, 191, 253, 282, 287, 333, 397, 419, 431, 433.
HARWOOD, p. 411.
HEIDÉ, p. 138, 271, 401.
HIRSCHFELD, p. 449.
INDJÉYAN, p. 457.
LEMERLE, p. 184, 466.
LONGUET, p. 213, 243.
MAHÉ, p. 53.
MAILLE, p. 465.
MARTINIER, p. 244, 295.
MONNIN, p. 87.
PAPOT, p. 93, 194, 345, 400, 445, 474.
PONT (Dr), p. 5, 65, 278.
POZZI (Prof.), p. 49.
RICHARD-CHAUVIN, p. 5, 65, 311.

RONNET, p. 405, 409.
ROY (Dr), p. 103. 157, 203, 351.
SAUVEZ (Dr), p. 217, 529.
STAVISKI, p. 471.
VIAU, p. 346.
VICHOT (J.), p. 195, 413.
VICHOT (L.), p. 415.
WEBER, p. 385, 425, 469.
WORMS, p. 139, 141, 159, 237, 325, 393.

Avis, p. 43, 94.
— important, p. 396.
Baillet (Mme), p. 93.
Barberet (Mlle), p. 443.
Billet (Mme), p. 398.
Bibliographia medica, p. 189.

BULLETIN, p. 351

STOMATOLOGISTES et odontologistes, p. 253.
LE CONGRÈS dentaire international et la section de stomatologie du 13e Congrès international de médecine, p. 529.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

PROCÈS-VERBAUX du Conseil de direction, suppl. 15 janv., p. 1 ; 15 mars, p. 1 ; 15 juin, p. 1.

Calcifications et douleurs, p. 509.
Canada et le Congrès de 1900 (Le), p. 47.
Canaux infectés (Traitement des), p. 510.
Carie dentaire (La), p. 349.
— — (Note sur la reproduction expérimentale de la), p. 361, 382.
— pénétrante de la 3e molaire (Nécrose partielle du maxillaire inférieur, consécutive au traitement d'une), p. 413
Caries des 3e et 4e degrés par le formol géranié (Résultats éloignés du traitement des), p. 301, 377.
Cataphorèse en art dentaire, p. 135.
— cocaïnique (Traitement de l'hyperesthésie de la dentine par la), p. 278.
Cellulin hydrophile (Le), p. 381.
Chapot-Prévost (M.), p. 527.
Chaudières autoclaves pour appareils dentaires (Petites), p. 87.
Chirurgie dentaire (L'antisepsie en), p. 229.
Chirurgien-dentiste en octobre (Session d'examen d'Etat de), p. 43.
— — (Talma), p. 246,
Chlorure d'éthyle comme anesthésique local (Emploi du), p. 28.

CHRONIQUE AMÉRICAINE.

MONUMENT à Horace Wells, p. 92.
SOCIÉTÉ dentaire américaine d'Europe. Discours du président, p. 89.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

A PROPOS de la contre-réclame, par M. Longuet, p. 243.
ASSOCIATION polytechnique des Pyrénées-Orientales, p. 194.
CIRCULAIRE de la Société dentaire américaine d'Europe, p. 339.
CONGRÈS dentaire international, p. 1, 565.
L'ART dentaire et la stomatologie, p. 557.
LE DENTAL Cosmos, p. 340.
RÉUNION dentaire à Hambourg, p. 337.
SOCIÉTÉ de médecine de Paris, p. 191.
STATISTIQUE du personnel médical et pharmaceutique de France et d'Algérie, p. 333.

Ciments (Considérations sur les), p. 25.
Circulaire générale (janvier 1900), supplém. 29 janv. 1900, p. 1.
— — (mai 1900), — 30 mai 1900, p. 1.
— ministérielle, p. 143.
— de la Société dentaire américaine d'Europe, p 339.
Cocaïne et de l'eucaïne (Toxicité relative de la), p. 429.
Collutoire contre les aphtes, p. 231, 507.
Comité d'organisation de la 11e section, p. 37, 293.
Concours pour deux postes de chef de clinique, p. 199.
— — une place de professeur suppléant de clinique, p. 200, 291.
Conférence d'hygiène dentaire, p. 143.
— d'ouverture du cours de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris, p. 159.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900, p. 47, 251, 294, 339, 395, 435, 521, 565.

A PROPOS du XIIIe Congrès international de médecine, p. 147.
APPEL à prendre part au Congrès dentaire international de 1900, p. 201.
CIRCULAIRE de janv. supp. du 30 janv. p. 1.
— générale (mai 1900), suppl. 30 mai 1900, p. 1.
COMITÉ d'organisation de la 11e section, p. 37, 293.
LE CANADA et le Congrès de 1900, p. 47.

Congrès dentaire international et la section de stomatologie du 13e Congrès international de médecine (Le), p. 529.
Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales, p. 144.
— — de médecine (A propos du XIIIe), p. 147.
— — — (XIIIe).
Conseil de direction de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. Suppl. du 15 janv. 1900, p. 1, 43 ; du 15 mars 1900, p. 1 ; du 15 juin 1900, p. 1.
— de surveillance de l'Assistance publique, p. 108.
— municipal de Paris (Un vœu du), p. 198.

CORRESPONDANCE, p. 215, 284 *bis*, 377.

Dentine plastique du Dr Klein, p. 40.
Lettre de l'*American dental club of Paris*, p. 39.
Lettre de M. Douzillé, p. 473.
Lettre de M. Vichot, p. 195.
Lettre du Dr Chemin, p. 397.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE L'ODONTOLOGIE.

Lettre de Suisse, p. 551.

Coupard (Mmes), p. 196.
Cour de Cassation, p. 130, 325.
— — Limoges, p. 393.
Crouzet (Mme), p. 196.
Dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du sinus (Evolution vicieuse de la), p. 383, 401.
— — — (nécrose partielle du maxillaire inférieur considérée comme accident de la), p. 539.
— avec ostéo-périostite du maxillaire (Mortification d'une), p. 483.
Dental Cosmos (Le), p. 340.
Dentine plastique du Dr Klein, p. 40.
Dentiste (Identification des cadavres par l'expert), p. 284.
Dentisterie (L'air comprimé en), p. 428.
Dentistes pour éléphants, p. 245.
— dans l'armée (Les), p. 426.
Dentition (Sirop de), p. 507.
Dents des recrues anglaises (Les), p. 198.
— signe d'hérédo-syphilis (Absence de), p. 230.
— greffées (Appareil de contention pour les), p. 285.
— à pulpe morte (Complications entraînées par les), p. 286.
— artificielles (Exportation de), p. 349.
— transplantées (Consolidation tardive d'une transplantation hétéroplastique avec commentaires et aperçus nouveaux sur les), p. 365.
— à gencives et de masquer les interstices (Moyen d'empêcher le passage du caoutchouc entre les blocs de), p. 412.
— des enfants (Obturations des), p. 425.
— — — (Influence de la nutrition sur les), p. 426.
— de sagesse (A propos des), p. 426.
— — lait (Obturation des), p. 426.
— et l'obturation des racines (Les soins des), p. 471.
— (La pigmentation des), p. 505.

DERNIÈRE HEURE

Académie des sciences. La carie dentaire, p. 349.
Appel à prendre part au Congrès dentaire international de 1900, p. 201.
Congrès dentaire international de 1900, p. 47, 147.
Ecole dentaire de Paris. — Concours pour 2 places de chef de clinique, p. 199.
— Concours pour une place de professeur suppléant de clinique, p. 200,
Le Canada et le Congrès de 1900. p. 47.

Die pflanzlichen Parasiten der Mundhöhle und ihre Bekämpfung, p. 189.
Directeur de l'Ecole odontotechnique (Nouveau), p. 197.
Discours du président, p. 89.
— de M. Pillette en 1881, p. 169.
Distinctions honorifiques, p. 197.

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

Concours pour une place de professeur suppléant de clinique, p. 291.
Congrès dentaire international de 1900. Circulaire du comité d'organisation de la 11e section, p. 67.
— dentaire international de 1900, p. 294.
Vœu du Congrès de Lyon, p. 241.

Don au Musée, p. 25.
— de mémoires, p. 86.
— — la maison Ash, p. 345, 400.
— à la Société, p. 461.
Dons à la bibliothèque, p. 175.
Droit médical à l'Ecole dentaire de Paris (Conférence d'ouverture du cours de), p. 159.

Eau oxygénée contre la stomatite mercurielle (L'), p. 285.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS pour une place de professeur suppléant de clinique, p. 291.
FÊTE de réouverture des cours. — Allocution de M. le professeur Pozzi, p. 51.
VISITE de l'Ecole dentaire de Paris, p. 528.

Election d'un président, p. 223.
Elixir anti-odontalgique, p. 509.
Epithélioma de la langue, p. 229.
Epulis, p. 271.
Erratum, p. 144, 297, 474.
Eruption et des conséquences (Quelques considérations sur un cas d'arrêt d'), p. 415.
Ether (Anesthésie générale par l'), p. 285.
Etude historique sur la thérapeutique dentaire, p. 103.
Etudiants anglais (Les), p. 144.
Eucaïne (Toxicité relative de la cocaïne et de l'), p. 429.
Examen d'Etat de chirurgien-dentiste en octobre (Session d'), p. 43.
— à l'Ecole dentaire, p. 441.
Exposition de médecine et de chirurgie, p. 247.
— p. 293, 567.
— universelle de 1900. p. 345, 513.
Extraction compliquée par une tumeur du périoste, p. 175, 203.
Extractions dentaires (Modification à la technique de l'anesthésie locale spécialement pour les), p. 287.
Fête de réouverture des cours, p. 49.
Formaldéhyde en art dentaire (Indication et contre-indication du), p. 390.
Formol géranié (Résultats éloignés du traitement des caries des 3e et 4e degrés par le), p. 301, 377.
Fusion de journaux professionnels anglais, p. 80.
— — — p. 190.
Gingivite expulsive chez une enfant de 4 ans, p. 213.
Guide de l'hygiène dentaire et buccale, p. 487.
Hygiène dentaire (Conférence d'), p. 143.
— — et buccale (Guide de l'), p. 487.
Hyperesthésie dentinaire par le menthol (Traitement local et immédiat de l'), p. 53.
— de la dentine par la cataphorèse cocaïnique (Traitement de l'), p. 278.

ILLUSTRATIONS.

FIGURES

FIG. 1, 2, 3. — FOULOIRS, p. 72, 73.
4. — STÉRILISATEUR pour instruments dentaires avec son couvercle, p. 151.
5. — — pendant le fonctionnement, p. 151.
6. — TUMEUR du périoste, p. 205,
7. — PROGNATHISME du maxillaire supérieur, p. 207.
8 et 9. — ACCIDENT éloigné causé par la rotation brusque. p. 211.
10 et 11. — MODIFICATIONS à l'appareil Martinier, p. 224.
12. — EPULIS. Face externe, p. 271.
13. — — — interne, p. 271.
14. — NOUVEL appareil pour injections hypodermiques p. 369.
15 à 18. — TRAITEMENT du prognathisme, p. 386, 387, 388.
20 et 21. — MÉTHODE de redressement, p. 412.
22. — MOYEN de masquer les interstices, p. 412.
23. — NÉCROSE partielle du maxillaire inférieur, p. 414.
24. — PIEDS-de-biche, p. 465.
25 (1, 2, 3, 4). — APPAREIL pour obtenir le parallélisme des pivots, p. 548, 549.
1 à 19. — GUIDE de l'hygiène dentaire et buccale, p. 491-502.

PLANCHES.

PL. 1. — MÉTHODES d'aurification, p. 74.
2. — HORACE WELLS, p. 92.
3. — BUSTE du Dr Thomas, p. 102.

Inauguration de l'hôpital international, p. 346.
— de l'Institut dentaire de Munich, p. 399, 475.
Index bibliographique odontologique, p. 233, 341, 523.
Injections hypodermiques (Nouveau procédé d'), p. 369, 380.
Institut dentaire de Munich, p. 346, 399, 475.

INTERÊTS PROFESSIONNELS.

Exposition universelle de 1900, p. 513.
Petites chaudières autoclaves pour appareils dentaires, p. 87.

Journal scandinave (nouveau), p. 138.
— für Zahnheilkunde, p. 190.
— dentaire tchèque (Un), p. 190.
— professionnel (Un nouveau), p. 190.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

Cour de Limoges, p. 393.
Les accidents du travail, p. 140.
Loi du 30 novembre 1892. Inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Dispense du diplôme de chirurgien-dentiste ou de docteur en médecine, p. 139
Note sur l'arrêt de la Cour d'Orléans du 11 novembre 1899, p. 237.
Usurpation du titre français de docteur, etc., p. 325.

Kyste dentifère, p. 285.
Langue (Epithélioma de la), p. 229.
— (Cancer de la), p. 505.
— (Hyperesthésie de la), p. 510.

L'ART DENTAIRE A TRAVERS LES SIÈCLES.

Conférence d'ouverture du cours de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris, p. 159.
Discours de M. Pillette en 1881, p. 169.
Etude historique sur la thérapeutique dentaire, p. 103.

Lehmans (M.), p. 93.
Lettre de l'American dental Club of Paris, p. 39, 40.
— de M. Vichot, p. 195.
— — M. Debraux, p. 284 *bis*.
— du Dr Chemin, p. 397.
— de M. Douzillé, p. 493.
— — Suisse, p. 551.

LIVRES ET REVUES.

Bibliographia medica, p. 190.
De la cataphorèse en art dentaire, p. 135.
Die pflanzlichen Parasiten des Mundhöhle und ihre Bekämpfung, p. 189.
Don de mémoires, p. 86.
Essai de classification des arthrites alvéolo-dentaires, p. 431.
Fusion de journaux, p. 190.
— — — anglais, p. 86.
Index bibliographique odontologique, p. 341, 523.
Journal für Zahnheilkunde, p. 190.
La thérapeutique intégrale, p. 86.
Manuel du chirurgien-dentiste. Notions générales de pathologie, (Dr Aug. Marie), p. 85.
Methoden und Neuerungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde, p. 189.
Modifications à la technique de l'anesthésie locale, spécialement pour les extractions dentaires, p. 287.
— — scandinave, p. 138.
Pathologie buccale et naso-faciale (Dr Goldenstein), p. 433.
Publications diverses, p. 289.
Ueber die sogenannte Extraction des sechsjährigen Molaren, p. 341.
Un journal dentaire tchèque, p. 190.
Un nouveau journal professionnel, p. 190.
Untersuchungen über Mundwässer, p. 189.

Mâchoires (Un cas d'occlusion imparfaite des), p. 419.
Malformations dentaires et hérédo-syphilis, p. 232.
Mal perforant buccal, p. 284.
Manuel du chirurgien-dentiste, p. 85.
Mariage de M. Amand Wilbert, p. 93.
— — — Claser, p. 297.
— — — Tireau, p. 445.
— — — Fouquet, p. 445.
Maxillaire avec perforation du plancher du sinus (Evolution vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du), p. 383, 401.
— (Mortification d'une dent avec ostéopériostite du), p. 485.
Maxillaire inférieur, suivie de mort (Nécrose aiguë du), p. 9.
— d'origine non dentaire par infection buccale (De la nécrose du), p. 128.
— inférieur consécutive à la rougeole (Nécrose du), p. 284.
— — — au traitement d'une carie pénétrante de la 3e molaire (Nécrose partielle du), p. 413.
— — considérée comme accident de la dent de sagesse (Nécrose partielle du), p. 539.
— supérieur corrigé au moyen de l'appareil Martinier à double traction (Prognathisme du), p. 207, 223.
Maxillaires supérieurs (Fracture des deux), p. 418.
Mécaniciens-dentistes de Lyon et du Sud-Est (Association des), p. 297.
Médecins élus sénateurs le 28 janvier 1900 (Les), p. 198.

Menthol (Traitement local et immédiat de l'hyperesthésie dentinaire par le), p. 53.
— iodol en thérapeutique dentaire (Le), p. 133.
Methoden und Neuerungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde, p. 189.
Monnet (Pierre), p. 196.
Monument à Horace Wells, p. 92.
Moulage (Présentation d'un), p. 187.
Moulages en cires coloriées, p. 259, 315

MOYENS ET PROCÉDÉS NOUVEAUX.

NOTE sur les lamelles d'acier poli pour obturation plastique, p. 459.
NOUVEAU procédé d'injections hypodermiques, p. 369.

Muguet (Traitement du), p. 423.
Naturalisation de M. Mendel Joseph, p. 528.

NÉCROLOGIE.

ADOLPHE DUGIT, 527.
D. SABLAYROLLES, p. 196.
FERNAND PERREGAUX, p. 443.
M. ANDRIAMIFIDY, p. 398.
M. ARMAND PIGIS, p. 295.
MAURICHE SUCHET, p. 474.
Mlle BARBERET, p. 443.
M. CHAPOT-PRÉVOST, p. 527.
M. LEHMANS, p. 93.
M. PORTE, p. 295.
M. VIRON, p. 398.
Mme BAILLY, p. 93.
Mme BILLET, p. 398.
Mme BLATTER, p. 93.
Mme COUPARD, p. 196.
Mme CROUZET, p. 196.
PIERRE MONNET, p. 196.
VERDIER, p. 443.

Nécrose aiguë infectieuse du maxillaire inférieur, suivie de mort, p. 97.
— alvéolaire, p. 511.
— du maxillaire d'origine non dentaire par injection buccale, p. 128.
— — — inférieur consécutive à la rougeole, p. 284.
— partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du sinus (Evolution vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une), p. 383, 401.
— limitée causée par l'application intempestive de l'acide arsénieux (Observation sur un cas de), p. 405.
— partielle du maxillaire inférieur consécutive au traitement d'une carie pénétrante de la 4e molaire, p. 413.
— phosphorée (La), p. 425.
— partielle de l'alvéole avec mortification de la pulpe dentaire à la suite de l'application continue d'alcool pur), p. 457.
— — du maxillaire inférieur considérée comme accident de la dent de sagesse, p. 529.
Névralgies d'origine dentaire (Contre les), p. 507.
Nirvanine (La), p. 423.
Nomination dans la Légion d'honneur, p. 93.
— de chefs de clinique, p. 445.
— p. 475.
Note sur l'arrêt de la Cour d'Orléans du 11 novembre 1899, p. 237.

NOUVELLES.

A PROPOS de conférences, p. 247.
ASSEMBLÉE générale de la Société française, p. 445.
ASSISTANCE publique, p. 567.
ASSOCIATION des mécaniciens-dentistes de Lyon et du Sud-Est, p. 297.
ASSURANCE médicale mutuelle de Paris contre la mortalité, p. 143.
AVIS, p. 43.
— relatif au recouvrement des cotisations, p. 94.
— — aux demandes et offres, p. 96.
CANDIDATURE à l'Académie de médecine, p. 400.
CIRCULAIRE ministérielle, p. 143.
CONFÉRENCE d'hygiène dentaire, p. 143.
CONGRÈS international d'électrologie et de radiologie médicales, p. 144.
— — de médecine (XIIIe), p.
CONSEIL de direction de l'Ecole dentaire de Paris, p. 43.
CONSEIL de surveillance de l'Assistance publique, 198.
DISTINCTIONS honorifiques, p. 195.
DON de la maison Ash, p. 345, 400.
ERRATUM. p. 144, 297.
EXPORTATION de dents artificielles, p. 346.
EXPOSITION de médecine et de chirurgie, p. 247.
—, p. 567.
INAUGURATION de l'hôpital international, p. 345.
— — l'Institut dentaire de Munich, p. 399, 475.
INSTITUT dentaire de Munich, p. 346.
LES dents des recrues anglaises, p. 198.
LES étudiants anglais, p. 144.
LES médecins élus sénateurs le 29 janvier 1900, p. 198.
L'EXPOSITION universelle de 1900, p. 345.
MARIAGE de M. Amand Wilbert, p. 93.

MARIAGE de M. Claser, p. 297.
— de M. Fouquet, p. 445.
— — Tireau, p. 445.
NATURALISATION de M. Mendel Joseph, p, 528.
NOMINATION dans la Légion d'honneur, p. 93.
— de chefs de clinique, p. 445.
— p. 475.
NOTICE sur l'histoire de l'art dentaire p. 309.
NOUVEAU directeur de l'Ecole odontotechnique, p. 195.
OFFICIER de l'instruction publique, p. 475.
PÉTITION au Conseil fédéral allemand, p. 43.
SESSION d'examen d'Etat de chirurgien-dentiste en octobre, p. 43.
SUPPLÉMENTS de publicité, p. 93.
UN vœu du Conseil municipal de Paris, p. 198.
VISITE de l'Ecole dentaire de Paris, p. 528.

Obturation des dents de lait, p. 426.
— idéale (Une), p. 449, 463.
— plastique (Note sur les lamelles d'acier poli pour), p. 459.
— des racines (Les soins des dents et l'), p. 471.
Obturations par la méthode mixte, p. 410.
— temporaires (Teinture de benjoin pour les), p. 424.
— des dents des enfants, p. 425.
Officier de l'Instruction publique, p. 475.
Oxyphosphates sont inoffensifs (Les), p. 426.
— nuisibles pour la pulpe (Les), p. 427.
— (Arsenic dans les), p. 428).
Palais (Chancre du), p. 232.
— datant de 20 ans (Fistule du), p. 409.
Pathologie buccale et naso-faciale, p. 433.
Périodonte et du frein labial (La section du), p. 389.
Périoste (Extraction compliquée par une tumeur du périoste), p. 175, 203.
Périostite suppurée (Un cas de), p. 509.
Perregaux, p. 443.
Pétition au Conseil fédéral allemand, p. 43.
Phlébite mortelle de la veine ophtalmique, p. 505.
Phlegmon sublingual, p. 283.
Pieds-de-biche (Nouveaux), p. 465.
Pigis, p. 295.
Pivots dans les couronnes et le travail à pont (nouvel appareil pour obtenir le parallélisme des), p. 542.
Plaques adhésives (Préparation pour la confection des), p. 462.
Porte (M.), p. 295.
Présentation de pièces, p. 123.
Procès-verbal, p. 377, 461.
Prognathisme du maxillaire supérieur corrigé au moyen de l'appareil Martinier à double traction, p. 207, 223.
— (Traitement du), p. 385.
Propositions diverses, p. 314.
Publications diverses, p. 289.
Pulpe dentaire (Greffe et vitalité persistante d'une), p. 157, 177.
— morte (Complications entraînées par les dents à), p. 286.
— (Les oxyphosphates nuisibles pour la), p. 427.
— dentaire à la suite d'application continue d'alcool pur (Nécrose partielle de l'alvéole avec mortification de la), p. 457.
Pulpite (Contre la), p. 426.
Pyorrhée (Revue critique des travaux récents sur la), p. 543.
Questions et réponses, p. 45, 145, 249, 299, 347, 447, 477.
Rapport du secrétaire général, p. 178.
Râtelier (Œsophagotomie pour l'ablation d'un), p. 286.
Redressement sans appareil, simple et expéditive, remplaçant le redressement immédiat (Méthode de), 411.
Renouvellement du bureau, p. 185.
Réunion dentaire à Hambourg, p. 337.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES AMÉRICAINS ET ANGLAIS.

ABCÈS du sinus, p. 425.
A PROPOS des dents de sagesse, p. 426.
— — des aurifications, p. 509.
ARSENIC dans les oxyphosphates, p. 428.
CALCIFICATIONS et douleurs, p. 509.
CONTRE la pulpite, p. 426.
HYPERESTHÉSIE de la langue, p. 510.
INDICATION et contre-indication du formaldéhyde en art dentaire, p. 390.
INFLUENCE de la nutrition sur les enfants, p. 426.
L'AIR comprimé en dentisterie, p. 429.
LA nécrose phosphorée, p. 425.
LA section du périodonte et du frein labial (Dr Angle), p. 388.
LES DENTISTES dans l'armée, p. 426.
LES oxyphosphates nuisibles pour la pulpe, p. 427.
LES oxyphosphates sont inoffensifs, p. 427.
LES rayons Roentgen. — Leurs effets

et leurs applications en art dentaire, p. 391.
L'OXYPHOSPHATE quelquefois dangereux, p. 428.
NÉCROSE alvéolaire, p. 511.
NOUVEL appareil pour obtenir le parallélisme des pivots, p. .
OBTURATION des dents de lait, p. 426.
— — — des enfants, p. 425.
REVUE critique des travaux récents sur la pyorrhée alvéolaire, p. 543.
SUR l'anesthésie par l'éther, p. 510.
TOXICITÉ relative de la cocaïne et de l'eucaïne, p. 429.
TRAITEMENT des canaux infectés, p. 510.
— du prognathisme (Dr Ottolengui), p. 385.
UN cas de périostite suppurée, p. 509.

REVUE CLINIQUE.

ACCIDENT éloigné causé par la rotation brusque, p. 211.
EPULIS, p. 271.
EXTRACTION compliquée par une tumeur du périoste, p. 203.
FISTULE du palais datant de 22 ans, p. 405.
MORTIFICATION d'une dent avec ostéopériostite, p. 403.
NÉCROSE partielle de l'alvéole avec mortification de la dent, à la suite d'application continue d'alcool pur, p. 457.
— — du maxillaire inférieur considérée comme accident de la dent de sagesse, p. 539.
OBSERVATION sur un cas de nécrose limitée causée par l'application intempestive de l'acide arsénieux, p. 405.
— clinique sur un abcès de la voûte palatine, p. 481.
UN cas de gingivite expulsive chez une enfant de 4 ans, p. 213.
UN cas de prognathisme du maxillaire supérieur corrigé au moyen de l'appareil Martinier à double traction, p. 207.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE.

ABSENCE de dents, signe d'hérédo-syphilis, p. 230.
ACTINOMYCOSE, p. 424.
ANESTHÉSIE générale par l'éther, p. 285.
ANGINE lacunaire ulcéreuse de Moure, p. 283.
APPAREIL de contention pour les dents greffées, p. 285.
A PROPOS de la guerre du Transvaal, p, 230.
CALCUL de l'amygdale, p. 283,
CHANCRE du palais, p. 232.
COLLUTOIRE contre les aphtes, p. 231.
COMPLICATIONS entraînées par les dents à pulpe morte, p. 284.
CONTRE la stomatite ulcéro-membraneuse, p. 424.
EPITHÉLIOMA de la langue. Longueur d'évolution, d. 229.
IDENTIFICATION des cadavres par l'expert-dentiste, p. 283.
KYSTE dentifère, p. 284.
LA nirvanine, p. 423.
L'ANTISEPSIE en chirurgie dentaire, p. 229.
L'EAU oxygénée contre la stomatite mercurielle, p. 284.
LE SCORBUT, p. 230.
MALFORMATIONS dentaires et hérédo-syphilis, p. 232.
MAL perforant buccal, p. 283.
NÉCROSE du maxillaire inférieur consécutive à la rougeole chez un enfant de 6 ans, p. 284.
ŒSOPHAGOTOMIE pour l'ablation d'un râtelier, p. 286.
PHLEGMON sublingual, p. 283.
RÔLE de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle, p. 231.
TEINTURE de benjoin pour obturations temporaires, p. 424.
TIC douloureux de la face, p. 42.
TRAITEMENT du muguet, p. 423.

Rotation brusque (Accident éloigné causé par la), p. 211, 227.
Sablayrolles (D.), p. 196.
Scorbut (Le), p. 230.
— infantile (Le), p. 469.
Session d'examen d'Etat de chirurgien-dentiste en octobre, p. 43.
Sinus (Evolution vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du), p. 383, 401.
— (Abcès du), p. 425.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.
Séance du 25 *novembre* 1899, p. 130.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, p. 191.

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE.
DISCOURS du président, p. 89.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.
Séance du 16 *octobre* 1899, p. 123.
Séance du 20 *novembre* 1899, p. 282.
Séance du 19 *février* 1900, p. 419.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.
Séance de novembre 1899, p. 130.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON.
Séance du 11 *janvier* 1900, p. 277.
Séance du 8 *mars* 1899, p. 411.
I. — UNE méthode de redressement sans appareil, simple et expéditive remplaçant le redressement immédiat, p. 411.
II. — MOYEN d'empêcher le passage du caoutchouc entre les blocs de dents à gencives et de masquer les interstices, p. 412.
III. — NÉCROSE partielle du maxillaire inférieur, consécutive au traitement d'une carie pénétrante de la 3e molaire, p. 413.
IV. — QUELQUES considérations sur un cas d'arrêt d'éruption et des conséquences, p. 415.
V. — FRACTURE des deux maxillaires supérieurs, p. 418.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE.
13e assemblée générale, p. 421.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 6 *décembre* 1899, p. 25.
I. — DON au musée, p. 25.
II. — CONSIDÉRATIONS sur les ciments p. 25.
III. — EMPLOI du chlorure d'éthyle comme anesthésique général, p. 27.
IV. — DES troubles oculaires et auriculaires dans le cours des affections dentaires, p. 28.

Séance du 9 *janvier* 1900, p. 175.
I. — DONS à la bibliothèque, p. 175.
II. — EXTRACTION compliquée par une tumeur du périoste, p. 175.
III. — GREFFE et vitalité persistante d'une pulpe dentaire, p. 177.
IV. — PRÉSENTATION d'un stérilisateur pour instruments dentaires, p. 177.
V. — RAPPORT du secrétaire général, p. 178.
VI. — ALLOCUTION du président sortant, p. 184.
VII. — RENOUVELLEMENT du bureau, p. 185.
VIII. — PRÉSENTATION d'un cas d'ankylose alvéolo-dentaire, p. 186.
IX. — PRÉSENTATION d'un moulage, p. 187.

Séance du 6 *février* 1900, p. 215.
I. — CORRESPONDANCE, p. 215.
II. — ALLOCUTION du président, p. 217.
III. — ELECTION d'un président, p. 223.
IV. — UN cas de prognathisme du maxillaire supérieur corrigé au moyen de l'appareil Martinier à double traction, p. 223.
V. — ACCIDENT éloigné causé par la rotation brusque, p. 217.
VI. — DIFFÉRENTS cas d'anomalies dentaires, p. 227.

Séance du 6 *mars* 1900, p. 311.
I. — CORRESPONDANCE, p. 311,
II. — ALLOCUTION du président, p. 311.
III. — PROPOSITIONS diverses, p. 314.
IV. — LES moulages en cires coloriées, p. 315.
V. — DISCUSSION du rapport de MM. Richard-Chauvin et Dr Pont sur l'aurification, p. 316.

Séance du 3 *avril* 1900, p. 377.
I. — PROCÈS-VERBAL, p. 377.
II. — CORRESPONDANCE, p. 377.
III. — DES résultats éloignés du traitement des caries des 3e et 4e degrés par le formol géranié, p. 377.
IV. — NOUVEAU procédé d'injections hypodermiques, p. 387.
V. — LE cellulin hydrophile, p. 381.
VI. — PRODUCTION de carie artificielle dans la mâchoire d'un mouton, p. 382.
VII. — EVOLUTION vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du sinus, p. 383.

Séance du 1er *mai* 1900, p. 461.
I. — PROCÈS-VERBAL, p. 461.
II. — DON à la Société, p. 461.
III. — PRÉPARATION pour la confection des plaques adhésives, p. 462.
IV. — UNE obturation idéale, p. 463.
V. — NOUVEAUX pieds-de-biche, p. 465.
VI. — UN nouvel antiseptique, p 466.

Société française de fournitures dentaires, p. 445.
Statistique du personnel médical et pharmaceutique de France et d'Algérie, p. 333.
Stérilisateur pour instruments dentaires, p. 149, 177.
Stomatite diphtéroïde des nouveaux-nés, p. 130.
— mercurielle (Rôle de l'hydrargyre dans la), p. 231.

— — (L'eau oxygénée contre la), p. 285.
— ulcéro-membraneuse (Contre la), p. 424.
Stomatologistes et odontologistes, p. 253.
Suchet, p. 494.
Suppléments de publicité, p. 93.
Talma chirurgien-dentiste, p. 246.
— (Une statue à), p. 437.
Thérapeutique intégrale (La), p. 86.
— dentaire (Etude historique sur la), p. 103.
— — (Le menthol-iodol en), p. 133.
Tic douloureux de la face. p. 423.
Transplantation hétéroplastique avec commentaires et aperçus nouveaux sur les dents transplantées (Consolidation tardive d'une), p. 365.

TRAVAUX DE L'ÉTRANGER.

Le menthol-iodol en thérapeutique dentaire, p. 133.
Revue analytique des journaux russes, p. 461.
— — — — dentaires anglais et américains, p. 509, 543.
— — — sociétés dentaires américaines, p. 459.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Aurification (L'), p. 1, 65.
Consolidation tardive d'une transplantation hétéroplastique avec commentaires et aperçus nouveaux sur les dents transplantées, p. 365.
Evolution vicieuse de la dent de sagesse ayant déterminé une nécrose partielle et secondaire du maxillaire avec perforation du plancher du sinus, p. 401.
Greffe et vitalité persistante d'une pulpe dentaire, p. 157.
Guide de l'hygiène dentaire et buccale, p. 487.
Moulages en cires coloriées, p. 259.
Nécrose aiguë infectieuse du maxillaire inférieur suivie de mort, p. 97.
Note sur la reproduction expérimentale de la carie dentaire, p. 361.
Résultats éloignés du traitement des 3e et 4e degrés par le formol géranié, p. 301.
Stérilisateur pour instruments dentaires, p. 149.
Traitement local et immédiat de l'hyperesthésie dentinaire par le menthol, p. 53.
Une obturation idéale, p. 449.

TRIBUNE OUVERTE.

Questions et réponses, p. 45, 145, 249, 299, 347, 447, 477.
Troubles oculaires et auriculaires dans le cours des affections dentaires (Des), p. 28.
Ueber die sogenannte frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren, p. 341.
Untersuchungen über Mundwässer, p. 189.

VARIA.

Dentistes pour éléphants, p. 245.
Indiscrétion parlementaire, p. 247.
Talma chirurgien-dentiste, p. 216.
Une statue à Talma, p. 437.
Verdier (Antoine), p. 443.
Viron (M.), p. 398.
Vœu du Congrès de Lyon, p. 241.
Voûte palatine (Observation clinique sur un abcès de la), p. 481.